



# DES-CONECTADOS: ESTUDIO SOBRE FACTORES CONDICIONANTES DE LA VIVENCIA EN UNA EXPERIENCIA DE CONFINAMIENTO EN LA UHTR

DISCONNECTED: A STUDY ON CONDITIONING FACTORS OF  
THE EXPERIENCE OF CONFINEMENT IN THE UHTR

César García Lemos, Diplomado en Terapia Ocupacional\*.

María Victoria Borrego Espárrago, Supervisora Enfermera Especialista en Salud Mental\*.

Sonsoles González-Coloma De la Mota, Coordinadora Médico Psiquiatra\*.

\* Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), Clínica San Miguel – Hermanas Hospitalarias, Madrid, España.

César García Lemos. Diplomado en Terapia Ocupacional.

636235434. Cesar\_rasty@hotmail.com

c/Arturo Soria, 204, Madrid. España

## RESUMEN:

Las medidas de contención y distanciamiento social propuestas desde el comienzo de la pandemia de Covid-19 han supuesto un condicionante en la atención a pacientes de salud mental ingresados en unidades de hospitalización. En el presente estudio nos proponemos analizar cuáles han sido, por un lado, los factores que han podido condicionar tanto de manera negativa como positiva la vivencia de una experiencia de confinamiento, a partir de una muestra conformada por pacientes y profesionales de una Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR). A su vez si dicha valoración se encuentra condicionada por pertenecer a una categoría u otra. La evaluación fue realizada mediante un cuestionario ad hoc heteroadministrado a 20 pacientes y 12 profesionales de la unidad. Los resultados indican mayor dificultad en el grupo de pacientes para tolerar no poder salir de la unidad durante el confinamiento. Ambos grupos comparten dificultades en la tolerancia a no poder comunicarse presencialmente y a estar desocupados, siendo mayor la tolerancia a su ausencia en el grupo de pacientes. Tanto en el grupo de pacientes como de profesionales, se observa la necesidad de ser escuchados y de estar ocupados como factores que más han facilitado la vivencia de la experiencia. Cabe destacar la importancia de mantener un encuadre, mostrar una actitud activa en la escucha del otro y facilitar espacios de relación y ocupación significativa tanto para la población general como específicamente en personas con problemas de salud mental.

**Palabras clave:** Covid-19, confinamiento, comunicación, ocupación, pacientes.

## ABSTRACT:

The containment and social distancing measures proposed since the beginning of the Covid-19 pandemic have been a conditioning factor in the care of mental health patients admitted to hospitalization units. In the present study we propose to analyze the factors that may have had a negative or positive influence on the experience of confinement, based on a sample of patients and professionals from a Hospital Treatment and Rehabilitation Unit (UHTR). At the same time, it was also determined whether this assessment is conditioned by belonging to one category or another. The evaluation was carried out by means of an ad hoc hetero-administered questionnaire to 20 patients and 12 professionals of the unit. The results indicate greater difficulty in the group of patients in tolerating not being able to leave the unit during confinement. Both groups share difficulties in tolerating not being able to communicate in person and being unoccupied, with greater tolerance to their absence in the patient group. In both the group of patients and professionals, the need to be listened to and to be busy were the factors that most facilitated the experience. The importance of maintaining a frame, showing an active attitude in listening to others and facilitating spaces of relationship and meaningful occupation both for the general population and specifically for people with mental health problems should be emphasized.

**Key words:** Covid-19, confinement, communication, occupation, patients.

## INTRODUCCIÓN

La Covid-19 es una enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2 que fue considerada como pandemia el 11 de marzo de 2020 (1). En España, se declara el estado de alarma durante la primera oleada de contagios (2, 3). Tras esta, se detecta durante el mes de septiembre un nuevo incremento de la incidencia de casos, llegando a registrarse una tasa de 784 casos por cada 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid. Desde el comienzo del estado de alarma se producen una serie de cambios organizativos en las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), destacando la suspensión de todo tipo de salidas de pacientes y entradas de personal ajeno, refuerzo de la atención individual y reconversión de espacios disponibles.

En la UHTR de la Clínica San Miguel (distribuida en 4 unidades independientes) se designa un área específica separada del resto de la hospitalización para pacientes afectados por Covid-19. La 2ª planta (en adelante UHTR-2) cuenta con 31 camas de hospitalización y, además, con la **zona Covid**, de acceso limitado, para la atención de pacientes con sospecha y/o infección activa por COVID-19 (4). Dispone de tres habitaciones dobles, además de videovigilancia 24 horas desde el control de enfermería de la unidad. El personal encargado de la atención de la zona es el mismo equipo terapéutico de la UHTR-2.

### Periodo de cuarentena

El día 15 de septiembre, tiene lugar el primer confinamiento de la UHTR-2 ante la aparición de un caso confirmado de COVID-19. Esto implica la **cuarentena** de la unidad, adoptándose medidas tales como trasladar al paciente a la zona Covid, limitar la rotación de profesionales a otras unidades (coordinando la proporción de carros de comida y lavandería) y suspender ingresos, altas y actividades grupales propios de la unidad.

A la espera del resultado de la PCR realizada a los contactos estrechos derivados del caso índice, se modifica la dinámica de la unidad de modo que estos pacientes permanezcan en sus habitaciones (5). Se refuerza la atención diaria individual por parte de todos los miembros del equipo (favoreciendo la escucha, el apoyo y la contención), se crea un horario de actividades grupales en planta, reconvirtiendo espacios para dar cabida a estos grupos repartidos por toda la unidad, incluyendo despachos de profesionales. Se establecen dinámicas más informales durante las tardes tales como tomar café y utilizar música relajante en zonas comunes.

Al comunicarnos el resultado positivo de la PCR realizada en tres de estos pacientes (trasladados a la zona Covid) y un profesional, esta situación supone **considerar a todos los pacientes como contactos estrechos y por tanto, confinarlos en sus habitaciones**. Motivo por el cual, la atención grupal pasa a ser individual y se crea un horario de actividades individuales para mantener la estructura diaria dentro de las habitaciones. Se mantienen las dinámicas informales y se añade la asunción de necesidades de los pacientes por parte del personal sanitario (tabaco y productos de aseo).

Debido a esta situación de reclusión en sus habitaciones, observamos cómo los pacientes comienzan a usar su teléfono móvil personal para hablar entre ellos y, a través de la centralita de la Clínica, ponerse en contacto con el personal de la unidad sin realizar demandas concretas, simplemente para hablar y estar en contacto con alguna persona fuera

de sus habitaciones. El equipo de la unidad incluye estas llamadas en su atención a los pacientes, complementando de este modo la atención presencial. Manifiestan la necesidad de comunicación durante las sesiones que mantienen diariamente con los profesionales, principalmente durante los momentos de realización de las tareas cotidianas tales como servir las comidas o entregarles actividades para su realización. Ante tal demanda el equipo se plantea la puesta en marcha de un **proyecto piloto para promover estar conectados en grupo de forma telemática**. Nos proponemos **dotar de conexión Wi-fi** a los pacientes, y así poder conectarse desde sus dispositivos móviles a **sesiones de terapia virtual** a través de la plataforma Zoom. Los objetivos son obtener una herramienta de utilidad para compensar la falta de actividades grupales presenciales, facilitar el contacto directo profesional-paciente y paciente-paciente, aumentar los canales de comunicación interpersonal y prevenir en la medida de dicha circunstancia el aislamiento que provoca la reclusión. Las sesiones consisten en asambleas con profesionales y otros compañeros de la planta potenciando la contención y el apoyo, debates, comentarios acerca de la actualidad, juegos, etc. con una duración aproximada de 1 hora. Al permanecer cada uno en sus habitaciones al igual que el profesional-coordinador de la sesión solo en un despacho, la actividad se realiza sin llevar mascarilla, hecho que facilita la comunicación. Llegan a realizarse 6 sesiones, con un total de 11 participantes. La red wi-fi ocasionalmente produce fallos, teniendo que adaptar el lugar desde donde la cobertura es buena para mantener la actividad virtual, normalmente cerca del pasillo con la puerta de la habitación abierta. Se observa falta de conocimiento tanto para la descarga como para la utilización de la plataforma, aumentando la necesidad de apoyo por parte de los profesionales. La participación está limitada a aquellos pacientes que disponen de teléfono móvil con capacidad para conectarse a internet y por la plataforma Zoom. A su vez, se comprometen por escrito a realizar una utilización adecuada de la red.

De forma paralela, se produce otro fenómeno entre los profesionales acerca de la utilización del **Control de enfermería**, el cual combina su utilización como espacio de reuniones y a su vez como sala de estar, mezclándose lo formal e informal de manera continua.

Se crea un espacio de coordinación y demandas subyacentes, organización y estructuración diaria de las tareas a realizar, toma de decisiones relativas a la dinámica de funcionamiento, videovigilancia y comunicación con la zona Covid, recepción y manejo de la información disponible, entre otras funciones.

Esto genera un espacio de seguridad y tranquilidad, para poder conversar sobre aspectos relacionados con sus vidas cotidianas; desahogo emocional debido a la presión textual, expresión de sentimientos propios; apoyo mutuo en situaciones de compleja gestión emocional; realización de dinámicas informales tales como escuchar música o charlar sobre temas ajenos al trabajo cotidiano, compartiendo el tiempo disponible fuera del horario estructurado, entre otras. Esto conlleva una homogenización de los roles profesionales y las tareas subyacentes a ellos, produciéndose un acercamiento entre los compañeros a la práctica profesional de cada uno de los miembros del equipo.

La fase se prolonga durante catorce días hasta el día 6 de octubre, momento en el cual comienza una situación de post-cuarentena, saliendo los pacientes de sus habitaciones. El 13 de octubre se realiza el desconfinamiento total

de la UHTR-2, lo que supone retomar la dinámica previa al mismo.

En el presente estudio nos proponemos analizar cuáles han sido, por un lado, los factores que han podido condicionar de manera negativa la vivencia de la experiencia de confinamiento (en adelante factores limitantes), y por otro, aquellos que lo han hecho de forma positiva (en adelante factores facilitadores) a partir de una muestra conformada por pacientes y profesionales de la UHTR-2 de la Clínica San Miguel. Los factores limitantes seleccionados son: percepción del paso del tiempo, no poder salir, imposibilidad de comunicarse de manera presencial con otras pacientes/profesionales y limitadas opciones de ocupar el tiempo. Los factores facilitadores seleccionados son: sentir que los profesionales/coordinadores están preparados para afrontar la situación, facilitación de actividades/protocolos ajustados a la situación, disponibilidad para ser escuchado, satisfacción de necesidades básicas, hablar sobre los sentimientos propios y realizar actividades variadas. Nos cuestionamos si la valoración de dichos factores está condicionada por pertenecer a una categoría u otra, profesional o paciente.

## METODOLOGÍA

### Diseño

Estudio descriptivo transversal de una muestra conformada por pacientes y profesionales de una unidad de la UHTR de la Clínica San Miguel, integrada en la Red de Salud Mental y Rehabilitación de la Comunidad de Madrid.

### Muestra

Fueron evaluadas un total de 32 personas, de las cuales el 62.5% (n=20) fueron pacientes ingresados y el 37.5% (n=12) fueron profesionales. Todos los pacientes estaban diagnosticados de trastorno mental grave acorde a los diagnósticos bajo criterios DSM-IV-TR (biblio). Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: estar vinculado de manera presencial a la UHTR-2 como paciente o profesional en el periodo de cuarentena, tener la capacidad de juicio de realidad conservada en el momento de la evaluación y manifestar conformidad para participar en el estudio mediante consentimiento verbal. Se excluyó de la muestra a pacientes y profesionales que no se encontraban en la UHTR-2 durante el periodo de cuarentena.

### Procedimiento

La evaluación, en forma de entrevista semiestructurada en la que se utilizó un cuestionario ad hoc heteroadministrado, fue llevada a cabo por parte del terapeuta ocupacional y el equipo de enfermería de la UHTR-2. La evaluación fue realizada 4 días después de la finalización del confinamiento de la unidad.

### Instrumentos

Entrevista semiestructurada mediante cuestionario heteroadministrado elaborado ad hoc por los autores, para la medición de los factores limitantes y facilitadores que condicionan el desempeño cotidiano y la vivencia personal ante una situación de cuarentena/confinamiento. Los enunciados de los cuestionarios fueron los siguientes: "¿Qué factores te han resultado más duros de sobrellevar durante el confinamiento en la habitación/planta?" y "¿Qué factores te han ayudado a sobrellevar la situación de aislamiento?", los cuales debían ser contestados con respuestas diseñadas en una escala de 3 puntos de tipo Likert, que

va de 0 a 3 según la intensidad (0=No me ocurre), 1=Algo, 2=Bastante, 3=Mucho).

Se llevó a cabo la medición de las siguientes variables; en relación a factores limitantes: 1. Percepción del paso del tiempo (TIEMPO); 2. No poder salir (SALIR); 3. No poder comunicarse (COMUNICACIÓN) de forma presencial; 4. Limitadas opciones de ocupar el tiempo (OCUPACIÓN).

Respecto a factores facilitadores: 1. Sentir que los profesionales/coordinadores están preparados (PREPARACIÓN); 2. Facilitación de actividades/protocolos ajustados a la situación (FACILITACIÓN ACT.); 3. Disponibilidad para ser escuchado (ESCUCHAR); 4. Satisfacción de necesidades básicas (NECESIDADES); 5. Poder hablar sobre los sentimientos propios (SENTIMIENTOS); Realizar actividades variadas diferentes a las habituales (ACTIVIDADES).

### Análisis estadístico

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS v.22. Para la descripción de prevalencias para el grupo de pacientes y el grupo de profesionales se utilizaron tablas de contingencia, así como el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para analizar las diferencias en variables ordinales.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

Para el grupo de pacientes la edad estuvo comprendida entre 21 y 58 años (Media: 39,20; DE: 11,36), y para el de profesionales entre 27 y 49 años (Media: 34,17; DE: 6,35). No se encontró una asociación significativa entre pertenecer a un grupo específico y la variable edad (U=82.000; p=0,138).

### Prevalencia de respuesta ante las distintas variables por categorías

Para la variable TIEMPO, en pacientes el mayor porcentaje se da en la respuesta "bastante" (40%, n=8). En el grupo de profesionales se observó el porcentaje más elevado para la respuesta "no me ocurre" (41.7%, n=5). Para la variable SALIR, en pacientes la respuesta con mayor porcentaje es "mucho" (75%, n=15). El porcentaje más elevado para el grupo de profesionales fue para la respuesta "algo" (33.0%, n=4). Para la variable COMUNICACIÓN, en pacientes la respuesta con mayor porcentaje fue "algo" (40%, n=8) y "bastante" (25.0%, n=5). En profesionales las respuestas con mayor porcentaje fueron "algo" (41.7%, n=5) y "bastante" (25.0%, n=3). Respecto a la variable OCUPACIÓN, en el grupo de pacientes la respuesta con mayor porcentaje fue "no me ocurre" (55.0%, n=11). Para el grupo de profesionales la respuestas con el porcentaje más elevado fue "mucho" (33.3%, n=4).

Para la variable PREPARACIÓN, el grupo de pacientes presentó mayor porcentaje en la respuesta "mucho" (35.0%, n=7). En profesionales la respuesta con mayor porcentaje fue "no me ocurre" (41.7%, n=5). Para la variable FACILITACIÓN ACT., el grupo de pacientes presentó mayor porcentaje en la respuesta "algo" (45.0%, n= 9). El grupo de profesionales presentó mayor prevalencia en la respuesta "bastante" (58.3%, n=7). En la variable ESCUCHAR, el grupo de pacientes obtuvo mayor porcentaje en las respuestas "algo" (40.0%, n=8) y "mucho" (25.0%, n=5). En el grupo de profesionales las respuestas con mayor porcentaje fueron "algo" (50%, n=6) y "mucho" (33.3%, n=4). Para la variable NECESIDADES, el grupo de pacientes obtuvo mayor pun-

tuación en la respuesta “no me ocurre” (45.0%, n=9). En los profesionales la respuesta más prevalente fue “no me ocurre” (50%, n=6). Para la variable SENTIMIENTOS, el grupo de pacientes tuvo mayor porcentaje en la respuesta “algo” (35%, n=7). En el grupo de profesionales la puntuación más elevada fue en la respuesta “algo” (50%, n=6). Para la variable ACTIVIDADES, el grupo de pacientes tuvo mayor porcentaje en la respuesta “mucho” (35.0%, n=7). En el grupo de profesionales el mayor porcentaje fue para la respuesta “mucho” (33.3%, n=4) (Tabla 1).

#### Diferencias significativas por factores entre categorías

Se observaron diferencias significativas por categorías (pacientes y profesionales) para la variable SALIR ( $p=0.026$ ) y para la variable OCUPACIÓN ( $p=0.032$ ). Para el resto de variables estudiadas no se observaron diferencias significativas por categorías (Tabla 2.)

#### DISCUSIÓN

Encontramos diferencias significativas entre ambos grupos para la variable referida a no poder salir, siendo el **factor limitante** con el porcentaje de respuesta positiva más elevado para el grupo de pacientes. Las situaciones de aislamiento y cuarentena, sostenidas durante largos periodos de tiempo, pueden ser especialmente graves en personas con diagnósticos de enfermedad mental ya que a los sentimientos de rabia, enfado, frustración y culpa comunes a la población general (6) se unen una mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés y, frecuentemente, una menor red de apoyo social y familiar (7). A su vez provocan una situación de desequilibrio y deprivación ocupacional, que supone una ruptura del balance entre las distintas áreas de desempeño de la persona incidiendo sobre el mantenimiento de su salud y bienestar, uniéndose la falta de satisfacción e interés al desempeñar actividades bien por ser aburridas o porque carezcan de sentido en el momento actual, condicionadas por las limitaciones del propio contexto y entorno donde se desarrollan. Todo ello contribuye a una menor tolerancia por parte del grupo de pacientes a la percepción del paso del tiempo, los cuales cuentan, con menores posibilidades de ocupación del tiempo disponible a lo largo del día. El grupo de profesionales por su parte cuenta con una mayor disponibilidad temporal tanto dentro como fuera de su jornada laboral y, por tanto, una mayor variabilidad de posibilidades de ocupación de diversa índole (8, 9, 10, 11).

No poder comunicarse es uno de los factores comunes en ambas categorías. La experiencia psicológica del sentido de pertenencia contribuye al bienestar permitiendo satisfacer una necesidad humana considerada básica (12). A su vez, la identidad se construye a través de la mirada del otro, permitiendo explorar las emociones del otro y, por tanto, las propias (13). El contacto social puede producir un impacto positivo en la reducción del estigma hacia las personas que padecen sufrimiento psíquico, contribuyendo con ello a favorecer una igualdad de oportunidades (14), tomando especial relevancia en contextos institucionales.

Respecto a la variable ocupación, se observan diferencias significativas entre categorías, siendo más predominante la tolerancia a su ausencia en el grupo de pacientes que en el de profesionales. La naturaleza de la enfermedad mental tiende a aumentar las dificultades en el nivel de la cohesión grupal, la relación interpersonal y en el establecimiento de relaciones de mutualidad y reciprocidad, favoreciendo un mayor nivel de retraimiento, aislamiento personal y social

(15), lo cual podría explicar en parte este fenómeno. Puede conllevar con el tiempo una repercusión en la necesidad relacional y sentimientos de soledad de los pacientes (16). Respeto al grupo de profesionales, la vinculación afectiva que generan las personas con la colectividad al sentirse parte importante de la misma, refuerza sentimientos de identidad como la fidelidad, confianza y siendo una faceta más de la identidad social (17). No obstante, aunque dichas condiciones pueden ayudar a entender las diferencias, la duración del periodo de cuarentena no es suficiente para poder sacar conclusiones al respecto.

En relación a los **factores facilitadores**, no se dan diferencias significativas entre categorías, destacando en ambos grupos la disponibilidad para ser escuchado como factor principal para afrontar el confinamiento. Tras la finalización de la situación de cuarentena, el grupo de pacientes verbalizó que gracias a las sesiones de video llamadas realizadas y el poder compartir pequeños espacios grupales en determinados momentos, pudieron afrontar de un modo más llevadero el estrés y complejidad de la situación. A su vez el poder relacionarse sin mascarilla fue valorado de forma muy positiva puesto que lo identificaron como un trato mucho más personal y cercano desde los profesionales. El Acompañamiento Terapéutico ofrece una técnica basada en la importancia de los aspectos vinculares de la tarea, teniendo lugar la misma en el ámbito de situaciones cotidianas, empleando también recursos cotidianos (charlas, bronca, humor, reacciones afectivas, espacios y personas del mismo contexto, etc.) (18). El hecho de crear un encuadre que ofrece la función de sostenimiento es fundamental para el establecimiento de este vínculo entre profesional-paciente (13, 18), favoreciendo de este modo la expresión tanto de necesidades, inquietudes o deseos.

Sobre la variable facilitación de actividades, ambos grupos destacan puntuaciones elevadas en la misma. Diversos autores indican que la ocupación es la actividad principal del ser humano en todas sus vertientes, fruto de un proceso evolutivo que culmina en el desarrollo de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. A su vez, es un aspecto esencial de la naturaleza humana ya que todos somos seres ocupacionales, a partir del resultado de un proceso de evolución biológica, adaptación e integración cultural (9, 11).

En relación a hablar acerca de los sentimientos, ambos grupos lo destacan con importancia similar. Una fuerte vinculación con la estructura organizativa puede ayudar a las personas a adherirse a las normas organizacionales, llevándolos a manejar los problemas de forma más eficiente. El sentido de pertenencia que se genera en el individuo subyace al deseo de pertenecer a una colectividad determinada, que se materializa a través de la expresión de emociones (facilitado por un aumento en el tiempo de estancia en un mismo espacio) y afectos dirigidos a los miembros del grupo y la condición que los une, generando conectividad social e identidad grupal. Es caracterizado por una resiliencia mental en el desarrollo del mismo, y por el deseo de esforzarse incluso ante la presencia de dificultades (12).

Por último, las variables relacionadas con la preparación de los profesionales/coordinadores y cobertura de necesidades apenas son puntuadas de manera significativa por ambos grupos. Durante la cuarentena surgieron dificultades añadidas como la sobrecarga de tareas, ausencia de figuras profesionales habituales y empeoramiento psicopatológico de algunos de los pacientes. En el grupo de profesionales se produjo una situación de malestar y confusión mani-

fiestas con la estructura organizativa (y en consecuencia, de los pacientes con los profesionales, aunque menor) debido a variables como la diversidad de protocolos de actuación y estructuración de las dinámicas de la Unidad, las acciones subyacentes a los mismos y la sensación de sentirse en soledad respecto al resto de profesionales al depender de ellos, llegando a sentirse estigmatizados. Todo ello, unido a la cobertura de necesidades básicas en ambos grupos, puede explicar la escasa importancia que se les da a dichas variables como facilitadores.

#### LIMITACIONES

Se derivan, entre otras, del tamaño de la muestra, la utilización de una prueba no estandarizada y los datos auto-informados obtenidos de esta, y las diferentes condiciones en que se encontraban pacientes y profesionales para realizar la comparativa entre ambos, en relación a la situación de confinamiento. A su vez, cabe destacar la falta de estudios relacionados con el tema del análisis.

#### CONCLUSIONES

Cambiar de manera drástica el contexto relacional provoca que las personas se muestren en toda su esencia, indistintamente de su condición personal, pudiendo ser aprovechado para el desarrollo de la identidad y unión como grupo de forma relevante. Cabe destacar la importancia de mantener un encuadre que enmarque el proceso terapéutico, facilitado parcialmente por la propia situación de confinamiento. De este modo es interesante plantearse la facilitación de espacios de relación, estructuración y ocupación significativa del tiempo, en el tratamiento de la población general, y especialmente en personas con problemáticas de salud mental asociadas. A su vez, mostrar una actitud activa en la escucha del otro pudiendo hacer circular la palabra, da como resultado el establecimiento de vínculos estrechos de confianza y complicidad en el ámbito del desarrollo de las situaciones cotidianas.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

#### AGRADECIMIENTOS

A Olalla Varela Besteiro, por su apoyo, paciencia y orientación durante la realización del presente trabajo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Zaar MH, Ávila M-BG. El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias O Covid-19 na Espanha e suas primeiras consequências La Covid-19 en Espagne: premiers conséquences The Covid-19 in Spain and its first consequences. Espaço e Econ 2020;(17).
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boletín Oficial del Estado, número 67, de 14 de marzo de 2020.
- Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. Boletín Oficial del Estado, número 268, de 9 de octubre de 2020.
- Dirección General de Salud Pública. Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19. Adaptada a la Comunidad de Madrid. [citado 14 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_adaptada\\_cm\\_agosto\\_2020\\_v2.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/estrategia_vigilancia_y_control_adaptada_cm_agosto_2020_v2.pdf)
- ORDEN 920/2020, de 28 de julio, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 668/2020, de 19 de junio, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 una vez finalizada la prórroga del estado de alarma establecida por el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 182, de 28 de julio de 2020.
- Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2020 abr 1;13(2). <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>
- Fullana MA, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E, Radua J. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. Journal of Affective Disorders. 2020 Oct 1;275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027>
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, R.; Matilla Mora, R.; Máximo Bocanegra, M, Méndez, B.; Talavera Valverde, MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso, segunda edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet]. 2010 [consultado: 8-abril-2012]; [85]. Disponible en: <https://www.terapia-ocupacional.com/aota2012esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
- Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 4ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2011
- Muñoz-Valverde\* V, Martínez Zujeros S. Guía clínica de intervención de terapia ocupacional en pacientes con Covid-19. Recensión: Clinical guideline for occupational therapy intervention in patients with Covid-19. Critical review. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 30 de noviembre de 2020 [citado 25 de abril de 2021];17(2):225-8. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/92>.
- Schliebener Tobar M. Los supuestos que subyacen a las principales teorías de Ann Wilcock y la necesidad de la pregunta ontológica por la ocupación humana. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [-fecha de la consulta-]; 12 (21): [20p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/colab2.pdf>
- Dávila de León, Celeste; Jiménez García, Gemma. Sentido de pertenencia y compromiso organizacional: predicción del bienestar. Revista de Psicología, vol. 32, núm. 2, 2014, pp. 272-302.
- Sáinz, F. Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis [internet]. 1ª Ed. Digital. Barcelona: Herder-Fundació Vidal i Barraquer; 2017 [-fecha de la consulta-]; Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/lectura-brote/Winnicott%20y%20la%20perspectiva%20relacional%20en%20psicoan%C3%A1lisis.pdf>
- Frías VM, Fortuny JR, Guzmán S, Santamaría P, Martínez M, Pérez V. Estigma: la relevancia del contacto social en el trastorno mental. Enferm Clin. 2018 Mar-Apr; 28(2):111-117. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.05.007
- Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la comunidad autónoma vasca. Gobierno Vasco [Internet]. 2009 Jul. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2009\\_osteba\\_publicacion/es\\_def/ad-juntos/D\\_09\\_06.%20Seguimiento%20grupal.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2009_osteba_publicacion/es_def/ad-juntos/D_09_06.%20Seguimiento%20grupal.pdf)
- Varela Besteiro, O. Corella Bazaco, V. García Lemos, C. Montero Barrado, C. Percepción de la tolerancia al distanciamiento social a lo largo del estado de alarma: estudio descriptivo en profesionales sanitarios y pacientes con trastorno mental grave. Norte de Salud Mental. Mayo 2020; Vol. 17, N°. 63: 55-65.
- Brea, L. Sentido de pertenencia de los estudiantes de Arquitectura de la PUCMM-RSTA. Diagnóstico. Trabajo de Suficiencia Investiga-

dora, UM-PUCMM, Didáctica y Organización Escolar, Santo Domingo. 2008.

18. Dozza de Mendonça, L. Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. 1ª Edición. Buenos Aires: Letra Viva; 2014.

Tabla 1. Descripción y comparación de porcentajes para cada variable por categoría

		No me ocurre	Algo	Bastante	Mucho	
categoría usuario o profesional	Usuarios n=20 * % (n)	Tiempo	15.0% (n=3)	35.0% (n=7)	40.0% (n=8)	10.0% (n=2)
		Salir	10.0% (n=2)	0.0% (n=0)	15.0% (n=3)	75.0% (n=15)
		Comunicación	20.0% (n=4)	40.0% (n=8)	25.0% (n=5)	15.0% (n=3)
		Ocupación	55.0% (n=11)	30.0% (n=6)	15.0% (n=3)	0.0% (n=0)
		Preparación	30.0% (n=6)	5.0% (n=1)	30.0% (n=6)	35.0% (n=7)
		Facilitación act.	10.0% (n=2)	45.0% (n=9)	25.0% (n=5)	20.0% (n=4)
		Escuchar	15.0% (n=3)	40.0% (n=8)	20.0% (n=4)	25.0% (n=5)
		Necesidades	45.0% (n=9)	10.0% (n=2)	25.0% (n=5)	20.0% (n=4)
		Sentimientos	30.0% (n=6)	35.0% (n=7)	15.0% (n=3)	20.0% (n=4)
		Actividades	30.0% (n=6)	20.0% (n=4)	15.0% (n=3)	35.0% (n=7)
	Profesionales n=12 * % (n)	Tiempo	41.7% (n=5)	16.7% (n=2)	25.0% (n=3)	16.7% (n=2)
		Salir	8.3% (n=1)	33.3% (n=4)	25.0% (n=3)	33.3% (n=4)
		Comunicación	16.7% (n=2)	41.7% (n=5)	25.0% (n=3)	16.7% (n=2)
		Ocupación	33.3% (n=4)	8.3% (n=1)	25.0% (n=3)	33.3% (n=4)
Preparación		41.7% (n=5)	16.7% (n=2)	8.3% (n=1)	33.3% (n=4)	
Facilitación act.		8.3% (n=1)	25.0% (n=3)	58.3% (n=7)	8.3% (n=1)	
Escuchar	0.0% (n=0)	50.0% (n=6)	16.7% (n=2)	33.3% (n=4)		
Necesidades	50.0% (n=6)	8.3% (n=1)	16.7% (n=2)	25.0% (n=3)		
Sentimientos	16.7% (n=2)	50.0% (n=6)	16.7% (n=2)	16.7% (n=2)		
Actividades	25.0% (n=3)	16.7% (n=2)	25.0% (n=3)	33.3% (n=4)		

Tabla 2. Estadísticos de prueba\*

	tiempo	salir	comunicación	ocupación	preparación	facilitación de act.
U de Mann-Whitney	100,500	69,500	115,500	68,500	104,000	107,000
W de Wilcoxon	178,500	147,500	325,500	278,500	182,000	317,000
Z	-,791	-2,223	-,184	-2,138	-,653	-,536
Sig. asintótica (bilateral)	,429	,026	,854	,032	,513	,592
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,454 <sup>b</sup>	,048 <sup>b</sup>	,863 <sup>b</sup>	,044 <sup>b</sup>	,552 <sup>b</sup>	,632 <sup>b</sup>
Estadísticos de prueba*						
	escuchar	necesidades	sentimientos	actividades		
U de Mann-Whitney	102,000	118,000	112,000	114,500		
W de Wilcoxon	312,000	196,000	322,000	324,500		
Z	-,744	-,083	-,327	-,223		
Sig. asintótica (bilateral)	,457	,934	,744	,824		
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,501 <sup>b</sup>	,954 <sup>b</sup>	,774 <sup>b</sup>	,833 <sup>b</sup>		

a. Variable de agrupación: categoría usuario o profesional

b. No corregido para empates.