



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2016-2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno
Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral**

Cristina Sandes González

Junio/2017

DIRECTORAS DEL TRABAJO

Nereida María Canosa Domínguez. Profesora de la Facultad de Ciencias de Salud.

Inés Dacuña Vázquez. Graduada en Terapia Ocupacional.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
Salud mental versus trastorno mental	7
Terapia ocupacional, trastorno mental y salud mental.....	10
2. OBJETIVOS	14
Objetivo general	14
Objetivos específicos.....	14
3. METODOLOGÍA	15
Selección de los participantes	17
Características de los participantes	17
Temporalización	18
Técnicas de recogida de información	20
Análisis de la información	21
Consideraciones éticas.....	22
4. RESULTADOS	23
4.1 Ruptura vital por hechos ocurridos en sus historias de vida	23
4.2 Transformación ocupacional.....	30
4.3 Apoyos esenciales.....	33
4.4 Pérdidas en sus relaciones sociales.....	35
5. DISCUSIÓN, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y CONCLUSIONES ...	39
6. AGRADECIMIENTOS	44
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
8. APÉNDICES	52

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El principal objetivo de este trabajo, es explorar la percepción que presenta un grupo de personas con trastorno mental grave sobre su vida diaria, así como conocer las relaciones sociales que presentan.

Metodología: en este trabajo, se empleó una metodología cualitativa, desde un enfoque fenomenológico. Los datos fueron recabados a través de la realización de entrevistas semiestructuradas, grabadas en audio, con el previo consentimiento de los participantes.

Resultados: a partir de los discursos, emergen las siguientes categorías de significado, que pretenden responder a los objetivos del estudio: “ruptura vital por hechos ocurridos en sus historias de vida”, “transformación ocupacional”, “apoyos esenciales” y “pérdidas en sus relaciones sociales”.

Conclusiones: tras la realización de este trabajo, se concluye que el desencadenamiento de un trastorno mental grave, repercute en la vida cotidiana de las personas de forma negativa, así como en las ocupaciones que desempeñan en su vida diaria y en las relaciones sociales que establecen con otros sujetos. Asimismo, se considera esencial que las ocupaciones sean significativas para las personas y que estas tengan compromiso para su desempeño. Por otro lado, destacar que las relaciones sociales que forjan, se ven limitadas debido a su escasa participación social en la comunidad y en las ocupaciones, generando así, una ausencia de contacto social con otros individuos.

Palabras clave: salud mental, trastorno mental grave, ocupación, relaciones sociales, participación social, cotidianidad.

Tipo de estudio: trabajo de investigación

RESUMO E PALABRAS CHAVE

O obxectivo principal deste traballo, é explorar a percepción que presenta un grupo de persoas con trastorno mental grave sobre a súa vida diaria, así como coñecer as relacións sociais que presentan.

Metodoloxía: neste traballo, empregouse unha metodoloxía cualitativa, dende un enfoque fenomenolóxico. Os datos foron recollidos a través da realización de entrevistas semiestruturadas, gravadas en audio, có previo consentimento dos participantes.

Resultados: a partir dos discursos, emerxeron as seguintes categorías de significado, que pretenden responder ós obxectivos do estudo: “ruptura vital por feitos ocorridos nas súas historias de vida”, “transformación ocupacional”, “apoios esenciais” e “pérdidas nas súas relacións sociais”.

Conclusiones: trala realización deste traballo, conclúese que o desencadeamento dun trastorno mental grave, repercute na vida cotiá das persoas de forma negativa, así como nas ocupacións que desempeñan na súa vida diaria e nas relacións sociais que establecen con outros suxeitos. Asimesmo, considérase esencial que as ocupacións sexan significativas para as persoas e que estas teñan compromiso para o seu desempeño. Por outro lado, cabe destacar que as relacións sociais que forxan, vense limitadas debido a súa escasa participación social na comunidade e nas ocupacións, xerando así, unha ausencia de contacto social con outros individuos.

Palabras chave: saúde mental, trastorno mental grave, ocupación, relacións sociais, participación social, cotidianeidade.

Tipo de estudio: traballo de investigación

ABSTRACT AND KEY WORDS

The main objective of this study is to explore the perception of a group of people with severe mental disorder in their daily life, as well as to know the social relations they present.

Methodology: in this work, a qualitative methodology was employed, from a phenomenological approach. The data were collected through semi-structured interviews, recorded in audio, with the prior consent of the participants.

Results: from the discourses, the following categories of meaning emerge, which aim to respond to the objectives of the study: "vital rupture by events occurring in their life histories", "occupational transformation", "essential supports" and "losses in their relationships social".

Conclusions: after the realization of this work, it is concluded that the onset of a serious mental disorder, has negative repercussions on the daily life of people, as well as on the occupations they perform in their daily lives and on the social relations they establish with other subjects. Likewise, it is considered essential that the occupations are significant for the people and that they are committed to their performance. On the other hand, to emphasize that the social relations that forge, are limited due to their little social participation in the community and in the occupations, generating, thus, an absence of social contact with other individuals.

Key words: mental health, serious mental disorder, occupation, social relations, social participation, daily life.

Type of study: research study

1. INTRODUCCIÓN

Salud mental versus trastorno mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*⁽¹⁾.

De acuerdo con esto, en 1986, se publica la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la salud, en la cual se establece como principal objetivo, la promoción de la misma ⁽²⁾. Para ello, se contempla necesario que las personas tengan aspiraciones, puedan satisfacer sus necesidades, y modificar y/o adaptarse al medioambiente que les rodea, considerando imprescindible, por ello, crear entornos facilitadores, reorientar los servicios de salud y fortalece los individuos y a sus comunidades con el fin de facilitar el bienestar y la calidad de vida de estos ^(2,3).

Puesto que la salud de las personas se puede ver comprometida por diversos aspectos o determinantes, Lalonde, ya en 1974, describió estos como ⁽⁴⁾: *“aquellas variables, condiciones, o factores que determinan el nivel de salud de una persona o comunidad”*. Estos pueden ser, de naturaleza social, de naturaleza biológica, el estilo de vida de los sujetos, y la organización de los servicios sanitarios ^(5,6).

Cabe destacar asimismo, que la OMS explica la salud mental como: *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*⁽¹⁾. Dicha definición, está influenciada por la cultura que la envuelve, pues dependiendo de los ambientes o aspectos culturales, sociales, económicos y políticos, esta puede presentar diferentes matices ⁽³⁾. Además, refleja que poseer un estado de salud mental favorable, puede permitir a los individuos disfrutar de una buena calidad de vida, participar en la comunidad, establecer vínculos

interpersonales y/o sociales, así como realizar actividades u ocupaciones que aporten sentido, valor y significado a su vida diaria ⁽⁷⁾.

De igual forma, la salud mental de las personas, también se puede ver moldeada por una diversidad de aspectos o determinantes sociales ⁽⁸⁾, que suponen un mayor riesgo para el desencadenamiento de un trastorno mental, cuando los sujetos se encuentran inmersos en ambientes sociales, económicos, políticos, culturales y físicos, que conllevan implícita la existencia de desigualdades sociales entre la población, que pueden generar una situación de vulnerabilidad y/o fragilidad de los individuos ⁽⁸⁾. Además, la salud mental se puede ver comprometida también, por la interacción social, los valores culturales, las experiencias de los individuos o de sus comunidades, y la estructuración de la sociedad y sus recursos ⁽³⁾.

Teniendo en cuenta lo anterior, cada comunidad colabora en la manera en que las personas entienden la salud mental. A causa de esto, resulta indispensable conocer los valores, la espiritualidad, la cultura y las creencias de cada individuo, así como sus ambientes políticos, sociales y económicos, aportando así, valor, a las diferencias individuales ^(3,9). Es por esto que, estos elementos se declaran importantes para las personas, ya que a través de ellos, los sujetos pretenden alcanzar ciertos estados de bienestar, apoyando de esta forma, la promoción de la Salud Mental ^(9,10).

Por otro lado, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), denomina trastorno mental a: *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”*⁽¹¹⁾.

Existen múltiples causas, todavía desconocidas, que pueden condicionar la presencia de problemas de salud mental, como los antecedentes familiares o los factores biológicos. Asimismo, los hechos traumáticos o el estrés psicosocial que un individuo experimenta a lo largo de su vida, también pueden contribuir a su aparición ⁽¹²⁾.

Con respecto a los datos recogidos por la OMS, estos exponen que los problemas de salud mental representan, cinco de las diez principales causas de discapacidad en el mundo ⁽¹³⁾. A su vez, destaca que 450 millones de individuos han desarrollado un trastorno mental a nivel mundial, y que una de cada cuatro personas, asumirá algún problema de esta índole, en alguna etapa de su ciclo vital ⁽¹⁴⁾.

De igual manera, el Pacto Europeo para la salud mental y el bienestar del 2008, refleja que un 11% aproximadamente de sus habitantes, a nivel europeo, presentarán también, con el tiempo, algún problema de naturaleza mental ⁽⁷⁾.

A diferencia de muchos países europeos que disponen de datos suficientes sobre la prevalencia de los trastornos mentales, en España, los datos epidemiológicos son incompletos y limitados para valorar el impacto de estos, en la población en general ⁽¹⁵⁾. No obstante, según un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales (ESEMeD-España), se puede decir que estos afectarán en un futuro, aproximadamente, a un 20% de la población española ⁽¹⁵⁾.

Asimismo, existe una brecha entre los recursos disponibles y las necesidades de apoyo o atención que demandan las personas ⁽¹⁾. Por una parte, en los países desarrollados, entre un 44% y un 70% de los individuos no reciben ningún tipo de tratamiento o intervención terapéutica. Sin embargo, por otra parte, en los países en vías de desarrollo, estas cifras aumentan considerablemente, rozando el 90% de la población ⁽¹⁴⁾.

Cuando se habla de Trastorno Mental Grave (TMG) se refiere a: *“un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados”* ⁽¹⁶⁾.

Para que las personas con estos diagnósticos puedan ser consideradas como pertenecientes al grupo de los TMG se deben además cumplir otros dos requisitos: persistencia en el tiempo (por consenso 2 años) y presentar

graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad ⁽¹⁶⁾.

Terapia ocupacional, trastorno mental y salud mental

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), define la terapia ocupacional (TO) como: *“una profesión de la salud centrada en el cliente, que trata de promover la salud y el bienestar, a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional, es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana”*. ⁽¹⁷⁾

Con respecto a esto, lo cotidiano alude a todo aquello que los individuos realizan en su realidad o momento inmediato ⁽¹⁸⁾. Según Heller, la cotidianidad ocurre desde el nacimiento hasta que los sujetos van desarrollando su madurez, a lo largo del transcurso del tiempo ⁽¹⁹⁾. Algunas actividades consideradas esenciales, desempeñadas en un determinado momento, pueden resultar insignificantes en otra etapa de la vida ⁽¹⁹⁾. Asimismo, esta concepción está influenciada por cada individuo, según sus creencias, valores, costumbres o acontecimientos vitales, que son características propias y únicas de cada persona. No obstante, siempre enmarcadas en su comunidad y en un determinado momento histórico. ^(18,19)

Por consiguiente, resulta necesario destacar la importancia que tiene el desencadenamiento de un trastorno mental en la vida de los individuos, debido a que puede generar dificultades ⁽²⁰⁾ en distintas esferas de la vida cotidiana de las personas y en sus ocupaciones, así como en la participación social en la comunidad de pertenencia y en sus relaciones interpersonales, pudiendo llegar estas, incluso, a desaparecer ⁽²¹⁾.

En cuanto a los vínculos sociales, si estos se ven debilitados o dañados ⁽²²⁾, se pueden originar situaciones de vulnerabilidad o fragilidad ⁽²⁰⁾, que repercutan de forma negativa en la vida de las personas, en sus

ocupaciones, y por ende, en su condición de ciudadanos de pleno derecho ⁽²³⁾. Al mismo tiempo, los roles que los sujetos ejercen, cabe la posibilidad de que puedan disiparse ⁽²⁴⁾.

Diversos estudios ^(20,21,25), abordan que las redes sociales suelen comenzar en la familia, como núcleo principal, y expandirse hacia la comunidad o ambientes en los que las personas progresan. Así, la familia suele ser la que asume el rol de “proveedor de cuidados” ^(9,20), por ser el vínculo más próximo y afectivo a la persona ⁽²⁶⁾.

Por todo ello, las relaciones sociales de las personas con TMG suelen estar formadas, básicamente, por la familia, los profesionales de los servicios de Salud y por los compañeros con los que comparten los mismos recursos socio-sanitarios o comunitarios, constituyendo así, sus limitadas redes sociales ^(26,27).

Así, la literatura enfatiza en la necesidad de ampliar redes ⁽²⁵⁾ para establecer nuevos vínculos, puesto que es fundamental en la vida de los seres humanos, debido a la naturaleza ocupacional de los mismos ⁽²⁸⁾. Esta premisa conlleva, asimismo, la necesidad de desempeñar ocupaciones significativas en su comunidad ⁽²⁴⁾.

En relación con esto, la Guía para la Rehabilitación basada en la Comunidad ⁽²⁴⁾, hace especial hincapié en que las relaciones sociales son el fundamento y base de toda comunidad, universalmente reconocidas como un aspecto clave que proporciona sostén, apoyo y seguridad para que los sujetos se desenvuelvan en ambientes seguros. Por tanto, son esenciales para el desarrollo personal de los individuos, siempre que sean duraderas, recíprocas, estimulantes y satisfactorias ⁽²⁴⁾, fomentando, de esta manera, la consecución de una salud mental apropiada ⁽³⁾.

En esta línea, un estudio realizado por Macdonald, Hayes y Baglioni, en el año 2000, reveló que las relaciones interpersonales son precarias en cuanto a la cantidad y calidad, en aquellos sujetos que presentan un trastorno mental ⁽²⁹⁾. De igual forma, Ferreira y Tiekó, expresan que esto

podría estar vinculado con la institucionalización ⁽²⁰⁾, ya que, según estas autoras, los reinternamientos constantes pueden generar situaciones de aislamiento, que lleven a un empobrecimiento de las mismas y/ o ruptura vital así como a una escasa o nula participación en la comunidad ⁽²⁰⁾.

De igual modo, diversos autores muestran que ser partícipe de ocupaciones, puede actuar como un elemento facilitador y de refuerzo ^(21,24), para promover la participación social y la creación o el fortalecimiento de vínculos sociales, que permita a los individuos alcanzar un mejor estado de salud y calidad de vida ^(30,31). Asimismo, Rebeiro y Wilson explican el impacto que el medioambiente y los entornos tienen en el modo en el que los individuos desempeñan sus ocupaciones en las comunidades y refieren, junto con otros autores, que los ambientes que brindan oportunidades, para que las personas se involucren en ocupaciones, resultan ser más fructíferos ^(32,33).

Sutton y colaboradores, manifiestan que los ambientes en los que las personas se encuentran inmersas, influyen en estas, de igual manera en que los individuos repercuten en los ambientes, creando así, una relación bidireccional entre ambos ^(33,34).

De este modo, no abordar la participación en actividades u ocupaciones inseridas en la comunidad e ignorar los ambientes en los que los sujetos prosperan, impacta negativamente en los problemas de salud mental ⁽³⁵⁾.

Leufstadius y Eklund refieren que es imprescindible el compromiso de los individuos con las ocupaciones sociales que realizan en su cotidiano ⁽³⁶⁾. Además, diversos autores sugieren que estas actividades han de ser significativas, productivas, rutinarias, y desempeñadas en una variedad de ambientes. En consonancia con esto, se ha de fomentar el equilibrio adecuado entre estas ocupaciones y un uso adecuado del tiempo, distribuido entre momentos de descanso y actividad, puesto que un estudio reciente, ha demostrado que las personas con TMG pueden presentar dificultades para iniciar diversos tipos de actividades o tareas, y para estructurar su tiempo ⁽³⁶⁻³⁸⁾.

En definitiva, desde TO resulta preciso, *“comprender el significado profundo de las ocupaciones diarias de los individuos, para colaborar con ellos en la identificación del valor en sus prácticas cotidianas”*. Así, las experiencias y fenómenos de cada día, permiten organizar el mundo en el que viven las personas, pues finalmente, la ocupación humana cotidiana, está presente en todos los momentos y lugares de la vida de estas. ⁽³⁹⁾

Sutton y colaboradores demandan la necesidad de conseguir que los servicios de Salud Mental, trabajen con una visión centrada en la persona y en su libre participación en la comunidad, por medio de ocupaciones impregnadas de significados concretos ⁽³³⁾.

Para finalizar, cabe destacar que los estudios de TO basados en la asociación entre la vida diaria de las personas con TMG y las redes sociales y la importancia de la ocupación en el ámbito de la salud mental, siguen siendo escasos ^(40,41). Por lo que se considera esencial explorar la percepción de las personas con TMG sobre sus vivencias, dándoles voz para comprender sus historias vitales y su cotidianidad.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Explorar la percepción que presenta un grupo de personas con trastorno mental grave sobre su vida diaria así como conocer las relaciones sociales que presentan.

Objetivos específicos:

- Profundizar en las ocupaciones cotidianas que presentan y el valor de las mismas.
- Explorar sus relaciones sociales así como indagar en el valor que le otorgan a las mismas.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo de investigación, se ha utilizado una metodología cualitativa, para responder así, a los objetivos planteados. Esta metodología, estudia la diversidad de las experiencias cotidianas de los individuos, y permite interpretar el significado que las personas le otorgan ⁽⁴²⁾.

Como resalta Alonso: *“la mirada de la investigación cualitativa se centra en la realidad social, otorgándole importancia al sujeto, sin enmudecerlo o reemplazarlo. La mirada cualitativa es algo más que aplicar unas determinadas técnicas de recogida de datos [...]”* ⁽⁴³⁾.

Neuman ⁽⁴³⁾, en 1994, estableció una serie de principios, los cuales se muestran a continuación, en los que se ha basado la investigación cualitativa:

- El investigador genera descripciones muy detalladas.
- Sigue una perspectiva holística, pues considera a la persona como “un todo”, sin reducirla al estudio de “sus partes”.
- El investigador desarrolla empatía con los participantes del estudio, involucrándose con estos, y con sus experiencias.
- Se tiene en cuenta la subjetividad del individuo.
- Se recogen los datos como suceden; en el ambiente y/o entorno natural de la persona, que es único, real e irrepetible.
- Se usan distintas técnicas de investigación, como las entrevistas, los cuadernos de campo o la observación.

De acuerdo con Van Manen, se ha seguido un enfoque fenomenológico, el cual se basa en interpretar el significado de los fenómenos que tienen lugar en la vida diaria de las personas, en explorar las múltiples experiencias vividas e interiorizadas por los individuos, y en explicar y entender la naturaleza de estos hallazgos, siempre inmersos en los ambientes naturales de los sujetos ⁽⁴⁴⁾.

Asimismo, se empleó un proceso inductivo-deductivo, esto es: de situaciones particulares, de la subjetividad del individuo, surgieron una diversidad de datos. Con estos, se va avanzando, generando hipótesis en el proceso de investigación, para obtener, finalmente, teoría y evidencia científica ⁽⁴³⁾.

También se tuvo en cuenta, por un lado, la transferibilidad o aplicabilidad del estudio, que hace alusión a que los resultados de este, puedan ser aplicados en otros individuos y contextos ⁽⁴⁵⁾.

Por otro lado, la confirmabilidad del estudio, es necesaria, y se alcanza mediante las descripciones detalladas y rigurosas de la información obtenida ⁽⁴⁵⁾.

Finalmente, este trabajo de investigación, giró en torno a varios ejes vitales, que fueron emergiendo de los diferentes discursos de los protagonistas: la cotidianidad de las personas, sus ocupaciones, sus relaciones sociales y su participación en la comunidad ⁽⁴⁶⁾.

Ámbito de estudio

Este trabajo de investigación se ha enmarcado en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL), de Salud Mental, en la provincia de A Coruña.

Entrada al campo

La entrada al campo, se realizó mediante la puesta en contacto con el CRPL, debido a que la investigadora realizó sus Estancias Prácticas VII, de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional, en el mismo.

Este CRPL es un recurso de carácter comunitario, sin ánimo de lucro, que ofrece una atención diurna a personas con trastorno mental de larga evolución. La finalidad que tiene es conseguir la plena participación e inclusión de los individuos, en la comunidad en la que se encuentran inmersos ^(21,47). Otro de los objetivos, es proporcionar apoyo en el contexto familiar ⁽²⁶⁾, así como ofrecer diversas estrategias a las familias y a los

individuos, para que puedan adaptarse a las diversas situaciones generadas a consecuencia del trastorno mental ⁽²⁵⁾.

Así, desde este dispositivo, se pretende alcanzar la plena inclusión socio-laboral de las personas con trastorno mental grave en sus comunidades, como ciudadanos/as de plenos derechos ⁽²³⁾.

Selección de los participantes

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo por conveniencia, el cual permite acceder a una población o a determinados entornos en los que se pueda establecer y crear una relación de confianza ⁽⁴⁵⁾. Según Procter y Allan: *“este tipo de muestra es más accesible al investigador”*.

Los criterios de inclusión y exclusión empleados, fueron los que se exponen en la Tabla I.

Tabla I: criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Ser mayor de edad	Encontrarse en una situación de incapacidad legal
Ser usuario del CRPL	Llevar menos de un año en el CRPL
Presencia de un trastorno mental grave	

Características de los participantes

En el estudio participaron once personas: ocho varones y tres mujeres. A continuación, en la Tabla II, se presenta el perfil de los participantes:

Tabla II: características de los participantes

<u>VARONES</u>	<u>MUJERES</u>
V1: José, 49 años	M1: Estefanía, 34 años
V2: Julián, 46 años	M2: Laura, 56 años
V3: Luis, 62 años	M3: Inés, 54 años
V4: Enzo, 53 años	
V5: Pablo, 55 años	
V6: Manuel, 54 años	
V7: Gonzalo, 45 años	
V8: Diego, 39 años	

Temporalización

La duración del trabajo de investigación ha sido de nueve meses, desde Octubre de 2016 hasta Junio de 2017, y se llevaron a cabo las siguientes fases:

❖ Búsqueda bibliográfica

- La búsqueda bibliográfica se realizó a través de diferentes bases de datos, como: PubMed, LILACS, Scopus, Web Of Science, Dialnet, Cochrane Library Plus, CSIC, Medline e IBECS y se consultaron diversas revistas electrónicas y distintos libros, sobre la temática de estudio a tratar. Además, se emplearon otros recursos como el

catálogo de la Biblioteca de la UDC, el Repositorio Institucional de la UDC y Google Scholar.

- Los descriptores o palabras clave utilizadas para la búsqueda de la información, tanto en inglés como en español fueron: terapia ocupacional (occupational therapy), trastorno mental (mental disorder), salud mental (mental health), cuidado de la salud (healthcare), redes sociales de apoyo (social support), redes sociales (social networks) y trastorno mental grave (several mental disorder), entre otros. Estos términos fueron combinados con los operadores AND y OR. Se utilizó el entrecomillado (“...”) para la búsqueda de términos exactos compuestos por más de una palabra.

❖ Trabajo de campo

- Se comenzó explicando el estudio de investigación al CRPL y a sus participantes.
- Se elaboraron la Hoja de Información y la Hoja de Consentimiento Informado destinada a los participantes del estudio, las cuales les fueron entregadas y aclaradas las dudas que pudieron surgir. La Hoja de Consentimiento Informado se corresponde con la Ley 3/2001 del 28 de mayo del Boletín Oficial del Estado (BOE) ⁽⁴⁸⁾. ([apéndices I,II y III](#))
- Se realizó un guion previo de entrevista semiestructurada, entre la investigadora principal y el equipo de investigación.
- A través de las Estancias Prácticas VII realizadas por la alumna de cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña, entre los meses de Septiembre y Diciembre de 2016, la investigadora, tuvo acceso a los usuarios del CRPL para la realización de las entrevistas.
- Se concertaron diferentes citas para la ejecución de las entrevistas, según la disponibilidad de los participantes, y coincidiendo con los horarios del CRPL.

- Finalmente, se llevaron a cabo las entrevistas semiestructuradas, de forma individualizada, las cuales fueron grabadas y registradas, con el consentimiento previo de los participantes del estudio.

❖ **Análisis de la información recabada**

- Se realizó la transcripción de las entrevistas, una vez recogidos los datos pertinentes.
- El análisis de la información fue confeccionado a través de un proceso de triangulación ⁽⁴⁵⁾.
- A cada participante del estudio, se le asignó un pseudónimo, para que las entrevistas solo pudieran ser identificadas por la investigadora principal, lo que permitió mantener el anonimato de los participantes.
- Se empleó un enfoque inductivo-deductivo ⁽⁴⁵⁾.

❖ **Resultados, discusión y conclusiones**

- Tras la recogida de datos y el análisis de la información obtenida, se redactaron los resultados con las categorías de significados correspondientes, la discusión y las conclusiones extraídas del estudio de investigación ⁽⁴⁵⁾.

Técnicas de recogida de información

Para recabar la información, se utilizaron entrevistas semiestructuradas, con un guión formado por varias preguntas abiertas ([apéndice VI](#)), de una duración aproximada de 45 minutos, y cuyo material fue grabado por la investigadora principal. La estructura de las preguntas, fue de carácter retrospectivo, esto es: se empezó desde la situación actual indagando hacia el pasado ⁽⁴⁵⁾. Así, se conformaron tres bloques generales de preguntas, acerca de:

1. Las ocupaciones que forman parte de su vida diaria y a las que les otorgan un mayor significado; aquellas que ya no realizan, por diferentes motivos, o a las que no les confieren importancia.
2. Sus redes sociales, que les proporcionan apoyo y soporte, en su cotidiano.
3. Sus historias de vida y las experiencias relevantes que han vivido, con el transcurso del tiempo.

Análisis de la información

El análisis de la información comenzó con las transcripciones de las entrevistas. Se empleó un pseudónimo para cada participante, para ser así, únicamente, identificadas por la investigadora principal y el resto de miembros que forman parte del equipo de investigación ⁽⁴⁵⁾.

A continuación, se analizó la información obtenida a través de un proceso de triangulación. Este consiste en: *“utilizar diversas miradas en la visión de un mismo fenómeno, para minimizar sesgos y para obtener una visión más rica y amplia de los hallazgos”*, según Fernández de Sanmamed y Calderon. Este proceso, permite aumentar la validez y la calidad de los datos obtenidos ⁽⁴⁵⁾.

Por una parte, la investigadora principal analizó la información de forma independiente. Asimismo, estos datos fueron examinados por las directoras del trabajo. Finalmente, se compararon los hallazgos obtenidos entre la investigadora principal y las otras dos investigadoras, para interpretar así, desde la pluralidad de observadores, el mismo conjunto de resultados obtenidos ⁽⁴⁵⁾. Cabe resaltar que se tuvo más en cuenta la calidad de los hallazgos que la cantidad de los mismos ⁽⁴²⁾.

Por otra parte, se utilizó un enfoque inductivo-deductivo, es decir: se fue evolucionando en los hallazgos obtenidos, desde lo particular, desde lo más intrínseco de la persona, hacia lo general, hacia lo más extrínseco ⁽⁴⁵⁾. Así,

a partir de los discursos de los protagonistas, emergieron diferentes categorías de significado, que pretenden explicar el fenómeno de estudio.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del trabajo de investigación, se tuvieron en consideración los siguientes aspectos:

- Los informantes participaron en el estudio de forma totalmente voluntaria, tras firmar la Hoja de Consentimiento Informado ([apéndices I y II](#)) entregada por la investigadora principal y tras resolver las dudas pertinentes que surgieron.
- Previamente, estos fueron informados del estudio que se iba a desempeñar, a través de la Hoja de Información dirigida al Participante ([apéndice III](#)).
- Pudieron consultar y solventar todas las dudas que emanaron acerca del estudio y sus características.
- Tanto la Hoja de Consentimiento Informado como la Hoja de Información destinada al Participante, siguen el modelo del SERGAS (Servicio Gallego de Salud).
- Durante todo el estudio, se mantuvo el anonimato de los participantes a través de un pseudónimo asignado individualmente.
- Se protegieron los datos de los entrevistados, bajo la más estricta confidencialidad, conforme a lo recogido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal ⁽⁴⁹⁾.
- Esta primera parte del estudio ha sido de carácter exploratorio. Se procurará, por lo tanto, en un futuro, solicitar una petición al Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEI) para poder continuar investigando en esta línea y generar así, una mayor evidencia científica y de rigor.

4. RESULTADOS

De la información recabada durante las entrevistas, emergen diferentes categorías de significado interrelacionadas, que tratan de explicar el fenómeno de estudio. Estas categorías se fundamentarán en los “verbatim” de los protagonistas.

Las distintas categorías son las siguientes: *“ruptura vital por hechos ocurridos en sus historias de vida”*; *“transformación ocupacional”*; *“apoyos esenciales”* y *“pérdidas en sus redes sociales”*.

4.1 Ruptura vital por hechos ocurridos en sus historias de vida

Una categoría que emerge con mucha fuerza tras el análisis de los discursos de los protagonistas, es la ruptura vital que tiene lugar en la vida de los participantes, debido a una serie de hechos traumáticos, que han tenido un gran impacto y han condicionado, de forma considerable, sus historias de vida. Estos hechos, serán explicados a continuación, en base a los “verbatim”.

En el transcurso de las entrevistas, los intentos de suicidio han sido frecuentes, dejando huella en las personas y por tanto, en sus vidas. No obstante, la mayoría de los informantes, actualmente, manifiestan que no lo intentarían de nuevo, pues ahora dicen encontrarse más estabilizados y con mejor estado de ánimo que antes.

También han tenido lugar, suicidios de familiares, amigos o personas cercanas a la mayor parte de los protagonistas, suceso que se refleja así, como significativo en el transcurso de sus vidas y que ha afectado a su salud y por tanto, a su estado de bienestar y calidad de vida.

Laura: “Oía voces que me obligaban, que me decían que me matara, que me suicidase y cosas así. De hecho, me corté las venas. Intenté suicidarme. Me corté las venas y me encontraron inconsciente [...] “Hasta

intenté tirarme al mar, pero le cogí miedo al agua y ahora... ya no voy ni siquiera a la playa”.

Enzo: *“Empezaron a cruzárame los cables y a sentir angustia y... entonces, intenté suicidarme cortándome las venas [...]*

Luis: *[...] Después ya fui para la cárcel y allí... pues muy mal, me quise suicidar, me colgué del cinturón y cuando vino uno que cuidaba de mí, pues quiso ayudar a levantarme y se me doblaban las rodillas, y no podía hacer nada, entonces empezó a pedir socorro por la ventana [...]*

El consumo de distintos tipos de tóxicos, ha sido frecuente, en algunos de los entrevistados, pues más de la mitad de estos han consumido de manera habitual o de forma esporádica, diferentes drogas a lo largo de sus vidas. Cuatro de los actores, relatan que el trastorno mental se pudo haber visto acentuado por el consumo constante de dichas sustancias.

Laura: *“Yo fumaba porros y bebía, y tomaba anfetás y tal, y eso, acentuó mi enfermedad, aunque ya la tenía [...] “Heroína, y cocaína y todo eso, no.” “El desencadenante fue ese, sí, sí, yo digo las drogas y el alcohol [...] “La tenía la enfermedad, me dijo el médico, esquizofrenia, pero el desencadenante fue ese, sí... [...]*

Pablo: *[...] Yo consumía porque me encantaba, claro... hasta que me enganché... entonces ahí vino el problema, ¿sabes?“. ¿Qué hacía antes? Nada. Drogarme”. [...] “Todos mis ingresos, todos, fueron relacionaos con la droga. Con la heroína, cocaína, LSD, alcohol, anfetaminas...”.*

Luis: *[...] He probao, he probao de todo, pero no... no estuve enganchao... solo al alcohol, solo tomaba cubalibres de ginebra, pero no... de eso, del resto, solamente he probao... y nada más”. “El desencadenante del trastorno mental fue el alcohol. Porque bebía... bebía mucho, no estaba alcoholizao, pero bebía mucho”.*

José: “No, yo no me metí en la droga nunca. Fumé porros y tomaba cervezas cuando quedaba con los amigos y nada más”. “Pero sí, pudo haber afectado a mi enfermedad, los porros, efectivamente. Y el médico lo dijo también”.

Enzo: [...] Estuve en la aldea, y tenía... compraba vino, y me tomaba a lo mejor unos tres litros de vino al día... [...] “Antes de la crisis fue todo lo de la bebida”. [...] El desencadenante del trastorno mental... el alcohol... pues pudo ayudar. Nunca se sabe. Yo no sería capaz de descifrarlo”.

Asimismo, en el análisis de los discursos, se puede contemplar, cómo la muerte de personas próximas a varios de los entrevistados, ha afectado de manera evidente a su salud mental y al desencadenamiento del trastorno mental.

Uno de los protagonistas de los discursos, describe que el suicidio de su hermano nunca lo ha superado y que siempre ha tenido un sentimiento de culpabilidad por ello, pues afirma que siente que podía haberle ayudado más.

Enzo: [...] No supe afrontarlo porque yo tenía muchas cosas en la cabeza...”. [...] Pudo haberse evitado que se suicidara”. “No sé, piensa uno que estando con él, pues simplemente, no sé... lo podía haber ayudado más...”.

Una de las participantes declara que el suicidio de su hermana, empeoró su salud, teniendo incluso que aumentar la toma de medicación.

Inés: “Tenía una hermana, pero también se me murió. También se puso enferma, le pasó igual que a mí, de los nervios, se agobió, le salió la misma enfermedad que a mí, y no sé... porque fue cuando me puse yo también mal, y no me acuerdo bien...”. [...] Pero mi hermana se tiró por la ventana. Me decía que lo hiciéramos juntas, que ella se iba a tirar, que no quería seguir así como estaba en esta vida, y que nos tiráramos las dos, porque

ya no merecía la pena vivir... [...] “Y me dieron más tratamiento, me parece”.

Otra de las personas, relata que quiso morirse cuando se enteró de que su mejor amigo se había suicidado, y que no entendía el por qué lo había hecho. Confirma que esto, entre otros motivos, fue una de las causas de la aparición del trastorno mental.

Diego: [...] Después murió mi amigo a los siete años. Después, desde ahí lo lleve todo pa delante, porque no entendía porque se... murió. Pero ahora sí”. “Quería morirme, por mi amigo, que se fuera... entonces, yo quería ir con él”. “Ahora no eh...”.

De todos los discursos analizados, destaca una persona, que comenta que la muerte de su padre no le conmovió y que la relación con su madre no era buena.

Luis: “No era buena la relación con mi madre [...] siempre achacaba de que yo tuve las oportunidades y que no las aprovechaba”. “Con mi padre no volví a tener relación, y a los seis meses de venirme yo de Venezuela, murió de un cáncer de estómago”. “Su muerte no me afectó”.

El resto de individuos, como se ha podido observar, expusieron con sus palabras, haber sufrido mucho por la pérdida de estas personas, desde familiares a amigos.

Otro aspecto importante en el que alguno de los actores hace hincapié, es en los ingresos hospitalarios que han tenido lugar en su vida. Principalmente, dos mujeres comentan que lo pasaron verdaderamente mal en ellos, especialmente en alguno de los centros.

Laura: “Estuve mucho tiempo yendo de un lao pa otro”. [...] Mal, muy mal, fue muy malo pa mí, porque yo no estaba acostumbrada a gente enferma”.

[...] Para mí aquello era una cárcel y no tuve relación con nadie, porque los compañeros me trataban mal... [...] “Yo no sabía ni cómo era el sol, ni cómo era la lluvia ni como era todo”.

Inés: *“Estuve ingresada un mes en Santiago, en un sanatorio privado, que ojalá nunca fuera allí, porque lo pasé muy mal”. “Tú mira lo violenta que soy y me ataron así en una cama, un día entero. Me ataron en la cama de noche, y me cerraron la ventana, o sea, la reja y no podía ver día ni nada. Solo la luz de la habitación”. [...] Y para orinar ni siquiera me dejaban ir al servicio. Tenía que orinar allí en una bacenilla [...] [...] Y me traían la comida allí, y estuve allí con los meaos y todo. Estuve allí encerrada cerca de un mes y no me dejaban salir [...]*

Sin embargo, otras dos personas explican que los ingresos no los vieron como algo negativo, pues uno iba a ellos para descansar de las sustancias tóxicas, aunque después volviera a recaer en este consumo, y otro afirma que en los centros lo consideraban como a un profesional más, que ayudaba a “los enfermos”, según expresa.

Pablo: *[...] Yo iba allí a los centros a descansar, ¿entiendes? Un respiro. Y luego otra vez mal”.*

Luis: *“Yo allí, era un enfermero más, cogía y iba por la ropa a cogerla para los enfermos, los bañaba como otro enfermero... [...] “Después ayudaba en la limpieza, hacía muchas cosas, la comida, repartía la comida, y... se me daba bien”. [...] Me querían mucho allí”.*

Junto con los ingresos hospitalarios, la entrada en centros penitenciarios también ha sido un proceso considerado relevante para algunos de los entrevistados que lo han experimentado y vivido.

Uno de los participantes relata, cómo la entrada a prisión supone un aislamiento de los vínculos sociales, especialmente de la familia. Asimismo, comenta que allí no se realiza una vida productiva, al estar privado de

libertad. También explica que no se relacionó con el resto de personas que estaban allí, porque, por un lado, en prisión no se va a hacer amigos, y por otro, que estas relaciones sociales no son positivas, sino todo lo contrario, debido a las condiciones en las que se encuentran todos. Expresó también, que el trastorno mental, en su caso, se acentuó y empeoró, debido a esto.

Julián: “Tienes que dejar de ver a la familia muchos días, solo puedes verla cada quince días, y allí no haces una vida productiva”. “No estás muy agusto tampoco, no haces buenos amigos tampoco, porque allí no vas a hacer amigos...”.

La única mujer de las entrevistadas que ha pasado por un ingreso en prisión, manifiesta que siempre tuvo el apoyo incondicional de su familia y de nadie más, a pesar de estar pasando por un proceso de estas características, tan duro.

Estefanía: “Cuando estuve en prisión, me venían a ver todos los días, cuando podían, siempre preguntaba por mi hijo etc...”.

Otro de los actores, refiere que el proceso al principio fue muy duro, porque se veía aislado, solo, privado de libertad, y afirma contundentemente que al tener un trastorno mental, todo esto empeora aún más, si cabe.

Gonzalo: “Al principio duro, porque te ves privado de libertad, te ves solo, y entonces pues claro, lo ves duro, y más si tienes una enfermedad mental”.

La última persona que pasó por esta situación, dice que estuvo yendo de un centro penitenciario a otro, y que se veía muy enfermo y no tenía ningún tipo de tratamiento ni medicación que le ayudase, por lo que vivió este proceso de manera dura e intensa, pues aun no sabía que tenía un trastorno mental y se encontraba aislado, incomunicado, y sin saber qué hacer para encontrarse bien. Paulatinamente, se fue adaptando a las

instalaciones, a los compañeros, a la medicación, y a las diversas tareas que tenía que realizar junto a los demás, y expresa que finalmente, lo fue llevando mejor que al principio, hasta salir de allí.

Luis: [...] Después fui para la cárcel y allí ya fue la acatombe, ya estaba sin pastillas y sin nada, que no tomaba pastillas, y estaba completamente enfermo, el juez me incomunicó y allí... pues muy mal, me quise suicidar [...]

[...] Me pusieron un carro de pastillas, y me llevaron pa observación y en observación, yo luchaba contra la enfermedad...”.

Para finalizar, cabe resaltar que las tres mujeres que han sido entrevistadas, han sufrido violencia de género, física, psicológica, o ambas, lo que ha generado en ellas, diferentes tipos de sentimientos muy duros e inexplicables.

Una de ellas, la más joven en edad, comenta que tiene miedo a encontrar a otra pareja, o incluso, que tiene un poco de pavor a su pareja actual, en este caso, porque vuelva a sufrir lo mismo, es decir, el maltrato físico y psicológico que le propinaba su expareja. Además, confiesa que la relación con el padre de su hijo era completamente tóxica, y que este ya había estado ingresado en prisión. Asimismo, afirma que este no solamente la maltrataba a ella, sino a sus padres, a su propio hijo, etc... Explica que sus padres también sienten terror a que esta vuelva a tener relaciones, y que la controlan demasiado por lo ocurrido con su expareja. Por este motivo, nunca les ha hablado de la relación actual que mantiene ni de otras que pudo haber mantenido de forma esporádica.

Estefanía: “El padre de mi hijo también estuvo en prisión, y lo tuve que dejar, porque me maltrató, maltrató al niño, maltrataba a mis padres...”.

“Me maltrató físicamente y psicológicamente, ambas”.

[...] Solo hablamos con él del niño, nada más, pero estoy intranquila, por si al niño le puede pasar algo... [...]

“Tengo miedo de que ahora me pase lo mismo que me pasó con el padre del niño, que me pegue, o que... yo que sé, cosas así”.

Otra de las protagonistas, refiere que el maltrato siempre fue psicológico, pero extremadamente duro, aunque no fueran golpes.

Inés: “Él se iba por ahí, yo trabajaba, él también trabajaba, pero luego él se iba de juerga, salía, y yo me quedaba en casa, hacia las tareas, y luego él ya venía... ya se pasaba de la raya”.

[...] Al venir del hospital, de Santiago para casa, me decía: “vienes igual que antes, no sé qué, yo me voy a separar de ti, vienes igual que estabas... y lo dijo y lo hizo”.

Finalmente, la última entrevistada, afirma haber sufrido maltrato físico y psicológico por parte de su expareja, aunque esta nunca les hizo nada a sus hijos.

Laura: “Me maltrató psicológicamente y físicamente”. “Pero a mis hijos nunca les hizo nada”.

4.2 Transformación ocupacional

Esta categoría de significado explica, cómo perciben los protagonistas sus ocupaciones diarias, tras la aparición del trastorno mental. La mayoría de ellos, mencionan que sus ocupaciones se vieron afectadas, especialmente, el trabajo, pues argumentan que antes del desencadenamiento del trastorno mental estaban en situación de empleo. Sin embargo, con el paso del tiempo, comenzaron a experimentar dificultades en ellos, y fueron despedidos de estos o se marcharon de forma voluntaria.

Inés: [...] Dejé de trabajar, no me despidieron, pero me tuve que marchar yo, porque hay una minusvalía y me dijeron que no podía trabajar [...]

Enzo: *“En el pasado sí, trabajaba, y me ocupaba de trabajar, y tenía rapaza, y tenía tarea”.*

Otra de las ocupaciones que se ha visto claramente mermada, según los discursos analizados de los actores, ha sido el ocio y tiempo libre, pues sostienen que la mayor parte de sus actividades y ocupaciones se limitan a las que realizan actualmente en el recurso comunitario con el resto de compañeros, o a otras que llevan a cabo en sus hogares, con apoyo de sus familiares. Sus principales redes sociales se componen, por tanto, por las familias, los compañeros del centro y por los distintos profesionales del mismo.

Laura: *[...] No me apetece salir de casa. Salía de noche antes, pero conocí a un chico, me fue mal con él y desde esa, salía de noche y lo pasaba mal [...]*

José: *“Es que al estar aquí con mis compañeros, son compañeros que como tienen la misma enfermedad que yo, yo me siento... [...] y tengo salido con los compañeros del Centro, pero ahora ya no salgo con ellos... [...] “Al salir del Centro, me gusta estar en soledad”.*

Diego: *“Salgo con el Centro, con Cristina y con los amiguitos de aquí... [...]*

Estefanía: *“Vengo aquí al centro, voy pa casa, a veces voy a la farmacia cuando puedo...”.*

Gonzalo: *“Pues en el piso, hombre, hago las labores de limpieza, y aquí estoy, aparte de estar en el taller de terapia, estoy en baile, en coro, en la actividad de ocio...”.*

En cuanto a las actividades instrumentales, como las tareas domésticas, afirman que ayudan en estas escasamente, o que lo hacen cuando se lo

piden. Las personas que viven de forma independiente, las realizan cumpliendo con sus horarios o si los profesionales se lo sugieren, por algún motivo. No obstante, los que viven en el entorno familiar, describen que la mayoría de las ocupaciones que conforman su vida diaria, son desempeñadas por los familiares. Asimismo, manifiestan que tienen que ayudar más, especialmente en el núcleo familiar.

Estefanía: *“Yo pregunto en casa: “¿mamá te ayudo o mamá voy a la compra o mamá friego los platos? O nos turnamos...”. “Tengo que ayudar más en casa, y ayudarle más con el niño a mis padres”. “Antes tampoco al estar enferma, no podía, y cuando entré en prisión tampoco, entonces ahora quería ayudar más, porque me dicen mis padres: “tienes que ayudar, el día que te falte el niño, o que te lo quiten... por ejemplo”. “Hombre, me cuesta mucho. A veces, voy con mi madre, y hago cosas, nos ayudamos la una a la otra...”.*

Laura: *“Pues hago las cosas de casa, y voy a la compra yo sola. Y voy tomar algo los fines de semana con Inés a un bar que tenemos ya cogido... Y por la semana, cada una se va para su casa. Leo, escucho música, veo la tele, me entretengo con eso, hago las cosas de casa... [...]”*

Enzo: *“Ayudo a mi padre. Ahora, como salimos tarde pues lo hace él, el xantar, pero a veces, también lo termino de hacer yo. Deja las cosas preparadas y lo termino yo”.*

Todos los informantes, aluden a que sus ocupaciones se han visto afectadas por el desencadenamiento del trastorno mental, con respecto a su pasado y a la actualidad. Por ejemplo, las actividades básicas de la vida diaria o las actividades instrumentales, entre otras. Así, Estefanía comenta:

Estefanía: *“Antes no lo hacía, ahora sí, si me pongo, claro”. “Cuando estaba enferma no lo hacía, o depende...”. “A ver, desde que estuve enferma, a lo mejor ya no tengo ganas...o yo que sé”. [...]Yo creo que lo puedo hacer. Si pongo un esfuerzo y pongo de mi parte [...]”*

Algunos de ellos, hacen referencia a que querrían volver a tener un empleo remunerado, para poder ser independientes y estar más ocupados en su cotidiano.

***Julián:** “Trabajar es algo que hacía antes que ahora no hago ya, y me gustaría, sí claro”.*

***Diego:** “Yo, ahora me gustaría trabajar pero... como cerró la empresa... [...] “Ya voy al paro a mirar si hay algo para hacer, pero nada”.*

***Pablo:** “No... no echo de menos nada. Bueno, un trabajo, claro que me gustaría, pero de camarero no puedo... [...]”*

Finalmente, algunas personas entrevistadas consideran que han dejado de desempeñar ciertas ocupaciones que realizaban, o que las ejecutan de manera distinta. También, han incorporado otras nuevas a sus vidas.

***Diego:** [...] Y yo después también aparte voy a dar una vuelta por ahí [...] “Ahora ando con el ordenador, y hago manualidades, y pintar y me lo paso bomba [...]”*

***Gonzalo:** “Ahora salgo a pasear, por ejemplo. Me gusta caminar [...] “A veces voy solo y otras veces acompaño, depende de cómo me pille el día”. “Pues mirando hacia atrás, estuve cuatro años en la Banda Municipal de Música, estuve tres años en la Armada... [...]” “Pues lo de la Armada, sí lo echo de menos pero ya la edad no me lo permite”.*

Se percibe, por tanto, tras los discursos analizados, que ninguno de los participantes del estudio, tiene un equilibrio y un desempeño ocupacional totalmente satisfactorio, autónomo e independiente.

4.3 Apoyos esenciales

Esta categoría recoge los discursos referentes a la ayuda y soporte que reciben los distintos participantes del estudio, cuando precisan satisfacer sus demandas y/o necesidades. Se puede observar que los principales apoyos son proporcionados, fundamentalmente, por dos partes: las familias y el recurso comunitario al que acuden en la actualidad.

No obstante, los familiares, son vistos con un rol de “proveedor de cuidados”. La mayoría de los entrevistados aluden a que, en gran parte de las ocasiones, la familia es la única red social de la que forman parte, otorgándole, por tanto, una gran relevancia, como expresan Gonzalo, Estefanía, Julián y Diego.

***Gonzalo:** “La familia es importante, es una de las cosas más importantes, porque si no tienes muchas veces el apoyo de la familia...”.*

***Estefanía:** “Mis padres, estuvieron en lo bueno y en lo malo, son muy importantes...”.*

***Julián:** “Siempre me apoyaron. Tengo bastante unión con mi familia. Siempre estaban pendientes mía”.*

***Diego:** “Más bien no somos hijo y padre, si no que somos amigos en todo [...] “Porque yo le cuento mis cosas y él me cuenta las del”.*

Sin embargo, otra participante, a pesar de que explica que su familia, sí cree que se portaron bien con ella y que la apoyaron, hace referencia a que otros miembros del núcleo familiar, en lugar de proporcionarle ayuda y soporte, la juzgaron por tener un trastorno mental.

***Laura:** “Mi madre y mi hermano sí me apoyaron. Y mis tíos. Me venían a visitar... mis abuelos también me vinieron a visitar y me traían cosas, me hacían compañía, sí, yo creo que mi familia se portó bien”. “Otra gente de mi familia me criticó. Esos me daban por loca, me consideraban una loca”.*

En cuanto al apoyo proporcionado por el recurso comunitario, todos los participantes afirman de manera contundente, que el centro es una parte muy positiva y valiosa en sus vidas, debido a la ayuda y soporte que reciben en este, diariamente.

***Laura:** “Para mí, el centro lo es todo, todo. Nunca quiero dejar esto”. “Porque se me fueron todos los problemas. Yo entro aquí y se me van los problemas”. “Gracias al Centro, estoy viva”.*

***Diego:** “Considero que mi vida es muy buena porque estoy en el Centro”. [...] Aquí en el Centro me dan armas para luchar”.*

***Pablo:** “A mí me encanta estar aquí con los compañeros [...] “Es positivo estar aquí, haciendo cosas positivas”.*

4.4 Pérdidas en sus relaciones sociales

Tras el análisis de los discursos de los protagonistas, diez de los once entrevistados, mencionan que sí han perdido a personas que eran puntos clave de apoyo para ellos en sus vidas, desde parejas a hijos y amigos. Por un lado, apuntan que han conservado a alguno de ellos, pero esto ocurre como un hecho muy escaso en sus experiencias. Por otro lado, afirman que han logrado conseguir nuevos apoyos, como los compañeros del recurso comunitario.

En cuanto a los amigos, los entrevistados refieren:

***Estefanía:** “No tenía amigos. No conservo amistades de la infancia porque se portaron mal conmigo cuando apareció el trastorno mental... [...]*

***Pablo:** “Amigos de la infancia están todos muertos pero por la droga, y uno se suicidó. Solo quedan dos chicos y yo”. “No tengo amigos ni pareja”.*

Julián: “Cada uno fue por su lado, perdí el contacto. Se casaron, tuvieron hijos...”. “La enfermedad mental te anula un poco, estás en tu mundo, te aísla un poco más de la cuenta, pero bueno”.

Enzo: “Con algunas personas sí me relaciono ahora, pero otras... perdí la amistad [...] “Por tener la cabeza así, porque piensan que estás loco o cualquier cosa”.

José: “Sí, sí, tuve muchos amigos. Al principio me apoyaron pero cuando se me desencadenó el trastorno mental, no, como si se rieran de mí, me sentí como discriminado, como si ya no fuera una persona normal, me sentí perjudicado”.

Manuel: “Era algo personal lo de mi enfermedad. Tenía vergüenza. Algunos compañeros de la infancia sí que lo sabían y todo bien, pero al final, no sé qué pasó, que me dejaron también [...] “Amigos no tengo, perdimos el contacto, se fueron yendo...”.

Sin embargo, uno de los participantes, explica que nunca le faltó el apoyo de sus amigos:

Gonzalo: [...] Siempre me estuvieron apoyando. Son gente que cuando se enteraron de que yo iba a entrar preso... estuvieron ahí [...]

En cuanto a sus parejas, los actores exponen:

Pablo: “Con las chicas que estuve... eran de los clubs, y hoy estabas con una, mañana con otra, salíamos por las discotecas, drogas... y al final, nada”.

Manuel: “A mí me dolió mucho porque yo la quería, no sé por qué hizo eso [...] “Además, la enfermedad que tengo se me acrecentó por haberlo dejao”.

Julián: *No le gustaba ser la novia de un minusválido... ella claro, no tenía ningún trastorno mental [...] “La verdad es que yo la quería y estaba enamorado de ella pero bueno...”.*

En lo referente a su hijo, Pablo expresa:

Pablo: *“Tengo un hijo de 23 años que vive en Brasil [...] porque estuve con una chica brasileña, y el niño se fue con ella, le di la autorización, porque yo estaba enganchadísimo, y me dijo mi pareja, que tenía que escoger entre ella y mi hijo, o la droga, y entonces así acabó... [...] “No tenemos relación ninguna mi hijo y yo”.*

Los principales motivos por los que los protagonistas consideran que se han producido estas diversas pérdidas, son varios: principalmente, porque cada uno de sus antiguos amigos han seguido caminos distintos, se han casado, han tenido hijos, se han ido a vivir a otros lugares, o trabajan, y ya no tienen tiempo para ellos, por lo que no quieren molestarlos; otras causas, pudieron haber sido, el desencadenamiento del trastorno mental, los constantes ingresos hospitalarios o el divorcio.

Con respecto a las nuevas personas del recurso comunitario, que son un elemento de sostén en su vida diaria, varias de ellas, comentan:

Inés: *“Bueno, depende de la persona. A algunos los considero amigos y a otros compañeros”.*

Diego: *“Los considero compañeros. Amigos hay muy pocos”. “Bueno, considero amigo a alguno porque los otros son conocidos. Me llevo bien con ellos y ya está”.*

José: *“Los considero compañeros y amigos, las dos cosas. A todos por igual”.*

Gonzalo: *“Hay un poco de todo. Procuro tener una buena relación. Aunque no tenga un trato de amistad, que sea un trato de compañeros, o sea, procuro tener siempre buena relación [...]”*

En concreto, un participante, solamente los considera compañeros, pues narra lo siguiente:

Pablo: *“No, yo no tengo amigos, tengo compañeros. Yo amigos no tengo, ni quiero tener amigos porque para mí la palabra amigo, abarca muchísimo”.*

[...] “Yo no quiero amigos porque yo también puedo fallar, ¿entiendes? Y un amigo nunca te falla, y yo puedo fallar, pues entonces, por eso no quiero”.

5. DISCUSIÓN, LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y CONCLUSIONES

En relación con los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, se muestra que los participantes del mismo, presentan dificultades para realizar algunas ocupaciones de su cotidiano, tales como las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el disfrute del ocio y tiempo libre, el trabajo, y la participación social en la comunidad. Estos hallazgos, concuerdan con aspectos recogidos por diversos autores como Ferreira y Tieko ⁽²⁰⁾, Heredia Pareja y Aguilera Serrano ⁽²¹⁾ y Milbourn ⁽³⁰⁾, en estudios donde afirman que las personas con trastorno mental grave, presentan comprometidas varias áreas de ocupación así como la construcción o el mantenimiento de vínculos sociales y/o interpersonales que concuerdan con los datos que emergen en este estudio.

Tal y como avala la literatura consultada ^(21,25), la familia puede actuar como pilar fundamental y como principal fuente de “cuidados” para los individuos, ^(10,20,26) premisa que se encuentra respaldada por los hallazgos obtenidos en este estudio, donde la mayor parte de los informantes asienten que contar con el apoyo de sus familiares resulta de vital importancia para seguir adelante con sus vidas, y que estos siempre les ayudaron, tanto en los buenos como en los malos momentos, antes y después del desencadenamiento del trastorno mental. Estos soportes son considerados, por tanto, esenciales para que las personas puedan participar en su cotidianidad, a través del compromiso en ocupaciones significativas a las que les otorgan un especial valor y significado, como manifiesta Heller, en dos documentos titulados “*Sociología en la vida cotidiana*” ⁽¹⁸⁾ y “*O cotidiano e a História*” ⁽¹⁹⁾.

Por otra parte, los discursos que apoyan los resultados obtenidos reflejan que el Centro en el que se encuentran los participantes, constituye un apoyo primordial para los mismos. Esta evidencia ⁽³⁰⁾, por tanto, se contradice con los discursos de los protagonistas, que declaran que el

recurso al que acuden en la actualidad, es muy valioso en su vida, por el soporte que reciben en él. Incluso, hacen hincapié en que no se quieren ir nunca de este, ya que gracias al Centro, pueden continuar con sus vidas de forma satisfactoria, en relación con su pasado. Esta afirmación difiere con lo expuesto en un estudio realizado por Milbourn et al., ⁽³⁰⁾, en el que se describe la necesidad de vivir en comunidad, frente a la institucionalización en diversos tipos de dispositivos asistenciales.

En esta línea, autores como Eklund y Hansson demostraron, a través de un estudio ⁽⁴⁰⁾, que una buena calidad de vida y un estado de bienestar global, se deben a una mayor interacción social y que, por tanto, estos aspectos se relacionan entre sí ^(20,21). Sin embargo, los hallazgos del estudio, reflejan que los participantes tienen notables dificultades en el establecimiento de vínculos y/o relaciones sociales, pues la mayoría de ellos, únicamente interactúan con su núcleo familiar, y con los profesionales y compañeros que han conocido en el recurso.

Cabe mencionar también a McCay, Zipursky ⁽⁵⁰⁾, quienes puntualizan, que mejorar los vínculos sociales en la comunidad de pertenencia de la persona, reducen de manera significativa los ingresos hospitalarios constantes, lo que se conoce como fenómeno de “la puerta giratoria” y las carencias sociales produciéndose así, una mejoría en la participación ciudadana general de los sujetos, como también mencionan Ferreira y Tieko ⁽²⁰⁾ y Heredia Pareja y Aguilera Serrano ⁽²¹⁾ en sus artículos. Esto es apoyado por resultados que emergen en esta investigación, en la cual los protagonistas contemplan, cómo a través de una participación activa en la comunidad y en diversas ocupaciones, han evitado nuevos ingresos y una reducción del tiempo que pasan en soledad, al establecer o crear nuevas relaciones interpersonales, que les proporcionan apoyo y soporte.

En el artículo que lleva por título *“Occupational therapy interventions for recovery in the áreas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness : a systematic review”* ⁽⁵¹⁾ se explica que contar con apoyos esenciales, resulta necesario para tener una vida

productiva, y poder modificar, mantener o promover las diversas áreas de ocupación que se pueden ver afectadas debido al desencadenamiento de un trastorno mental grave, por lo que resultaría de gran utilidad desarrollar intervenciones específicas desde la disciplina de Terapia Ocupacional, como bien se puntualiza en el manuscrito. Esto se reafirma con los resultados del presente estudio, que enfatizan en que las redes sociales de los individuos son escasas y que una gran variedad de ocupaciones que desempeñaban en momentos pasados de su vida, en la actualidad, no son realizadas.

Asimismo, las ocupaciones que desempeñan ahora, son insuficientes y llevadas a cabo con sus familias o en el Centro, con sus compañeros. Estos resultados se encuentran también, respaldados, por un estudio elaborado por Milbourn ⁽³⁰⁾, que incide en que las personas adultas que presentan un trastorno mental grave, poseen numerosas dificultades para participar en actividades humanas diarias, generando esto, un estado de bienestar precario. Por otro lado, los hallazgos indican también, que las redes sociales de los informantes se ven empobrecidas y limitadas, como se ha dicho con anterioridad, presentando así, restricciones en la participación social, aspecto apoyado por Bones Rocha ⁽⁵²⁾, en su estudio, donde confirma que los individuos con menor apoyo social y que se encuentran desocupados o con pocas actividades que llevar a cabo, tienen más riesgo de que se produzca la aparición de problemas de naturaleza mental.

Como se expone en una investigación realizada por Dohrenmend existen hechos vitales que dejan huella en los sujetos, truncan sus vidas y son impredecibles ⁽¹²⁾. Estas adversidades, el autor las describe como: *“eventos vitales significativos, fuera del control de los sujetos, que tienen un efecto que se va acumulando con el tiempo y pueden derivar en el desencadenamiento de un trastorno mental”* ⁽¹²⁾. Estos hechos traumáticos inciden de una manera u otra, en la gravedad de los problemas de Salud Mental, dependiendo de su magnitud y de la comunidad de pertenencia en la que se desarrollen y prosperen los sujetos, cómo bien se refleja en la presente investigación, donde los protagonistas han pasado por complejas

situaciones, tales como intentos de suicidio, consumo de tóxicos, muertes de personas cercanas, separaciones o divorcios, ingresos hospitalarios, ingresos en centros penitenciarios o violencia de género, que han impactado con gran fuerza en sus historias de vida, configurándose así, como una de las categorías de significado más relevantes de la investigación.

Por otra parte, los participantes del estudio perciben que su vida se encuentra “paralizada” a raíz de los problemas de Salud Mental, como recogen Heredia Pareja y Aguilera Serrano en su estudio ⁽²¹⁾, que alberga que las personas con trastorno mental grave, son conscientes de que se encuentran en etapas de la vida diferentes con respecto a sus pares, con distintas rutinas, hábitos y actividades ⁽²¹⁾.

Algunos informantes, coinciden en que, entre las ocupaciones que desearían retomar, con respecto a su pasado, destacan el poder conseguir de nuevo un empleo, para ocupar su tiempo y sentirse más independientes. No obstante, según los actores, las oportunidades para encontrar un empleo son muy escasas, aspecto que también recogen autores como Boardman y Rinaldi ⁽⁵³⁾. En otro estudio elaborado por Richter et al., ⁽⁵⁴⁾ se pone de manifiesto que las personas con trastorno mental grave tienen más dificultades para sumergirse en el mercado laboral, que otras que presentan otro tipo de discapacidad. Por consiguiente, como se plasma en este artículo de Heredia Pareja y Aguilera Serrano ⁽²¹⁾ y en los resultados obtenidos, los trastornos mentales condicionan la vida socio-laboral de los sujetos.

Por otro lado, cabe resaltar que los protagonistas del estudio de investigación han sido objeto de rechazo o discriminación, lo que coincide con lo que abordan autores como Üçok y Ochoa ^(55,56), que refieren que los individuos con trastorno mental, con frecuencia, se enfrentan a situaciones de rechazo, cuando buscan un empleo o una relación de pareja o amistad ⁽⁵⁷⁾. Así, Huxley, Thornicroft, Wagner et al., en diferentes estudios, confirman que el estigma y los prejuicios, son unos de los factores más

relevantes que afectan a la inclusión social de los sujetos ^(47,58,59). Esta literatura, responde a los resultados que se han obtenido en el estudio, donde se refleja, cómo los participantes acaban generando una gran dependencia de sus principales redes sociales, ⁽²¹⁾ debido a que, en varias ocasiones, han soportado situaciones de rechazo y discriminación muy marcadas, especialmente en relaciones de pareja, lo que ha provocado que eviten de nuevo, situaciones de este tipo (buscar un empleo, una pareja...).

Entre las posibles limitaciones del estudio se encuentra la existencia de un único grupo de informantes. Por esto, en cuanto a futuras líneas de investigación, se contempla la posibilidad de ampliar la población de estudio, la utilización de una metodología de tipo mixta. Se utilizaron entrevistas y sería interesante incorporar otras técnicas de recogida de datos, como el cuaderno de campo, la observación, o los grupos de discusión.

Cabe destacar asimismo, el interés por continuar investigando sobre esta línea temática con miras al futuro para conseguir una mayor evidencia científica y de rigor.

Para finalizar, comentar que los resultados de la investigación muestran que los participantes no se involucran en ocupaciones significativas, especialmente aquellas que se desarrollan en la comunidad. Asimismo, se detecta que la familia es el principal apoyo y que existe un compromiso importante en sus relaciones sociales.

Como conclusión es posible afirmar que la presencia de un trastorno mental grave impacta, de forma negativa, en la vida de las personas así como en las ocupaciones que desempeñan en su vida diaria y en las relaciones humanas que establecen con otros individuos.

6. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer al CRPL y a todos los profesionales que trabajan en él, por darme el placer de otorgar voz y luz a los verdaderos protagonistas de este trabajo. A los usuarios del Centro, por los que no me he rendido, ni en los peores momentos. Los que me han animado siempre, y me han sacado sonrisas de esas que ya no quedan, que dejarán una huella imborrable en mi persona. Por dejarme aprender con ellos y por permitirme llegar hasta el final, gracias a ellos, con sus voces y su mera presencia.

A mi familia, por creer y confiar siempre en mí, apoyarme y valorarme. Por saber apreciar lo mejor de mí y por facilitarme el camino para que por fin, haya podido alcanzar mi sueño. Ser terapeuta ocupacional. A mi pequeña Emma por ser la estrella que ilumina mi vida. A Nela, por acompañarme en mis sonrisas y lágrimas, y por querer estar siempre, donde yo estoy. A ti, abuela, que me guías desde allí arriba.

A mis tutoras, Nereida e Inés, por acompañarme en mi largo y duro camino. Por expresar mi potencial. Por ver esa luz en mí. Por la esencia. Por ser y estar. Porque al final, si lo crees, lo creas. Por no dejar que me rindiese, y por tirar de la cuerda conmigo, siempre hacia delante, sin retroceder.

A mis amigos/as, por aguantarme, confiar y saber estar. A mi otra hermana, que a pesar de haber pasado por el bache más grande de su vida, ha permanecido ahí, para nunca irse. A todas esas personas que pensaron que no era capaz y que me hicieron más fuerte. Porque lo que no te mata, te hace implacable. Porque al final, solamente se trata de confiar en ti.
GRACIAS.

“Cada persona que pasa por nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros”

Jorge Luis Borges

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud Mental: un estado de bienestar; Ginebra; 2013, [Diciembre de 2016] Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra; 2004.
4. World Health Organization [Internet]. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2ª ed; 2003.
5. Ávila-Agüero ML. Hacia una nueva Salud Pública: determinantes de la Salud. Acta Méd Costar [Internet]. 2009, [Abril de 2017]; 51(2): 71-73.
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; 2013, [Enero de 2017]: 1-52. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas; 2008.
8. World Health Organization [Internet]. Social determinants of mental health. Ginebra; 2014 [Mayo de 2017]: 1-54.
9. Maia Firmo AA, Jorge Bessa MS. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica:

produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. Saúde soc. 2015; 24(1): 217-231.

10. Backman C. Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. The Canadian Journal of Occupational Therapy. 2004; 71(5): 202–209.
11. American Psychiatric Association. DSM-5, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; Madrid; Médica Panamericana; 2013.
12. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2002 [Mayo de 2017]; 40(2): 8-19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272002000600002&lng=es
13. Desviat M, Panorama Internacional de la Reforma Psiquiátrica; Ciencia & Saúde Colectiva. [Octubre 2011]; 16(12): 4615-4621.
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Invertir en Salud Mental. Ginebra; 2004.
15. Haro J, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12): 445-451. Barcelona.
16. Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. 2013 [Febrero 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/02_que_es_tmg.html
17. World Federation of Occupational Therapist [Sede Web]. Ginebra: WFOT; 2012 [Febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.wfot.org/WFOTArchives.aspx>

18. Heller A. Sociología en la vida cotidiana. Barcelona: Ed. Península; 1977.
19. Heller A. O cotidiano e a história. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
20. Tiekko Muramoto M, Ferreira Mângia, E. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(4): 2165-2177.
21. Pareja Heredia C, Serrano Aguilera, C. Percepciones acerca de su red social y participación de actividades en la comunidad de personas diagnosticadas de psicosis con menos de cinco años de evolución (desde una perspectiva cualitativa). TOG. A Coruña. [revista en Internet]. 2013; [Febrero 2017], 10(17): 1-29. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original4.pdf>
22. Mona E, Hansson L. Social network among people with persistent mental illness: associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. Int J Soc Psychiatry. 2007; 53(4): 293-305.
23. Rodolfo Morrison J. Recensión: Terapia ocupacional y exclusión social. Rev. Chil. Ter. Ocup. 2015; 15(1): 193-196.
24. Organización Mundial de la Salud. Guía para la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Ginebra: OMS; 2012.
25. Silveira Sinott Garcia C, Kantorski Prado L, Jardim Da Rosa VM, et al. Mediators collaborators and inhibitors in the social net of users from a psychosocial attention center. J. res: fundam. care. on. line. 2013; 5(4): 696-05.
26. Covelo Rodriguez Sousa B, Moreira-Badaró MI. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado

do sofrimento psíquico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19(55): 1133-1144.

27. Wroblewski T, Walker G, Jarus-Hakak A, Suto MJ. Peer support as a catalyst for recovery: A mixed-methods study. *Can J Occup Ther*. 2015; 82(1): 64-73.
28. Kiehofner G, El paradigma contemporáneo: un retorno a la ocupación como el centro de la profesión. En: Kiehofner G. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3ª ed. Buenos Aires: Médica-Panamericana; 2006.
29. Macdonald EM, Hayes RL, Baglioni AJ. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophr Res*. 2000; 46(1): 25-30.
30. Milbourn B, McNamara B, Buchanan A. A qualitative study of occupational well-being for people with severe mental illness. *Scand J of Occup Ther*. 2016; 34(3):1-12.
31. Eklund M, Argentzell E. Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scand J of Occup Ther*. 2016; 23(4): 304-313.
32. Rebeiro KL. Enabling occupation: the importance of an affirming environment. *Can J Occup Ther*. 2001; 68(2): 80-9.
33. Sutton D, Hocking C, Smythe L. A phenomenological study of occupational engagement in recovery from mental illness. *Can J Occup Ther*. 2012; 79: 142–150.
34. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª edición. Madrid: Médica Panamericana; 2001.

35. Krupa T, McLean H, Eastabrook S, et al. Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. *Am J Occup Ther.* 2003; 57: 558–565.
36. Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. *Occup Ther Mental Health.* 2010; 26(3): 1–17.
37. Leufstadius C, Eklund M. Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2008; 15(1): 23-33.
38. Leufstadius C, Erlandsson LK, Bjo"rkman T, et al. Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. *J Occup Sci.* 2008; 15: 27–35.
39. Hasselkus B. Eleanor Slagle lecture: the world of everyday occupation: real people, real lives. *Am J Occup Ther.* 2006; 60: 627–640.
40. Eklund M. Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness. *Am J occup Ther.* 2006; 60(5): 587-594.
41. W Rebeiro K, Cook J. Opportunity, Not Prescription: An Exploratory Study of the Experience of Occupational Engagement. *Can J Occup Ther.* 1999; 66(4): 176-187.
42. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa.* 3ª ed. A Coruña: Fundación Paideia Galiza; 2012.
43. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria.* 1999; 24(5): 295–300.

44. Van Manen M. Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*. 2007; 1(1): 11-30.
45. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar C. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. 1ª ed. Eunate. 2012: 230.
46. Valdebenito E, Loizo JM, García O. Resiliencia: una mirada cualitativa. *Fundamentos en Humanidades*. 2009; 29(1): 195-20.
47. Wagner Carniel L, Borba Corrêa E, Silva Santos M. Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com esquizofrenia. *Psicologia em Estudo*. 2015; 20(1): 83-94.
48. Consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Ley 3/2001 del 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº 158, (3/07/2001).
49. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14/12/1999).
50. McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roil P et al. A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-J adv of Ment Health*. 2007; 12(7): 212-220.
51. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther*. 2011; 65(3): 247-56.
52. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. 2012; 12(5):32-40.

53. Boardman, J. & Rinaldi, M. (2013). Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. *Br J of Psychiatry*. 2007; 3(3):247-249.
54. Richter, D., Eikelmann, B. & Reker, T. (2006). Work, income, intimate relationships: social exclusion of the mentally ill. *Gesundheitswesen*. 2003; 68(11):704-707
55. Uçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK, Plooy A, Ertekin BA, Milev R, Thornicroft G. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003; 125(1): 54-69.
56. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2011; 31(111): 477-89.
57. Penn, D., Martin, J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr Q.* 1998; 23 (6):235-247.
58. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009; 37(6):408-15.
59. Huxley P, Thornicroft G. Social inclusion, social quality and mental illness. *Br J Psychiatry*. 2003; 182(4): 289-290.
60. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Wagner Carniel L, Borba Corrêa E, Silva Santos M. Inclusão ocupacional: perspectiva de pessoas com esquizofrenia. *Psicologia em Estudo*. 2015; 20(1): 83-94.

8. APÉNDICES

Apéndice I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DESTINADO A LOS PARTICIPANTES.

Apéndice II: CONSENTIMIENTO INFORMADO DESTINADO A LOS PARTICIPANTES (GRABACIÓN DE AUDIO).

Apéndice III: HOJA DE INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PARTICIPANTES.

Apéndice IV: CARTA DE PRESENTACIÓN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL (CRPL), DE A CORUÑA.

Apéndice V: GUIÓN DE ENTREVISTA.

Apéndice VI: TABLA DE ACRÓNIMOS

APÉNDICE I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DESTINADO A LOS PARTICIPANTES

➤ **Participación en el estudio de investigación**

Título: Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Yo.....
con DNI....., en calidad
de.....**participante**.....:

- Leí la Hoja de Información al Participante que se me entregó por parte de la investigadora y pude hacer las preguntas necesarias para un mayor conocimiento de las características acerca del estudio correspondiente, recibiendo la información para decidir participar.
- Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y puedo retirarme de la investigación en el momento que así lo desee, sin que suponga para mi persona ningún tipo de repercusión.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información al Participante y presto mi conformidad para participar en el trabajo de investigación.
- Autorizo a la investigadora Cristina Sandes González, a entrevistarme, a publicar los resultados únicamente en medios académicos y científicos y bajo pseudónimo.

En relación a la futura conservación y utilización de mis datos:

- SI autorizo, a la conservación de los datos una vez finalizado el trabajo.
- NO autorizo, a la conservación de los datos una vez finalizado el trabajo.

Con respecto a los resultados del trabajo de investigación una vez finalizado:

- Deseo conocer los resultados.
- No deseo conocer los resultados.

En....., a..... de.....de 20.....

Firma del participante

Firma de la investigadora

APÉNDICE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO DESTINADO A LOS PARTICIPANTES (GRABACIÓN DE AUDIO)

➤ **Participación en el estudio de investigación**

Título: Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral

Yo.....
, con
 DNI....., en calidad
 de.....**participante**.....:

En relación a la grabación de audio de las entrevistas, a su posterior transcripción y al análisis de los resultados:

- SI autorizo, manteniendo siempre el anonimato.
- NO autorizo.

En....., a..... de..... de
 20.....

Firma del participante

Firma de la investigadora

(En el caso de NO autorizar, esta hoja será destruida, y las grabaciones de audio no serán realizadas; la entrevista será totalmente confidencial, escuchada solamente por la investigadora principal, sin utilizar ningún tipo de instrumento de comunicación alternativa).

APÉNDICE III: HOJA DE INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PARTICIPANTES

Título del trabajo de investigación: Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

Investigadora: Cristina Sandes González.

La finalidad de este documento es proporcionarle la información necesaria acerca de su posible participación en el estudio de investigación: ***“Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral”***, a la persona en calidad de participante, que acude actualmente al CRPL. Esta información también será transmitida por la investigadora personalmente, y además, se les ofrecerá la oportunidad de solventar aquellas dudas que pudieren surgir. Una vez transcurrida esta fase, tendrá derecho a llevarse esta hoja de información.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, por lo que podrá abandonar el estudio, en el momento en que así lo considere, sin tener que ofrecer ningún tipo de explicación sobre ello.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio es explorar la cotidianidad de un grupo de personas con trastorno mental de larga evolución, a lo largo de su vida, profundizar en los significados que les otorgan a sus ocupaciones diarias, explorar las redes sociales que les proporcionan apoyo y soporte, y conocer su nivel de participación en la comunidad que les rodea.

¿Por qué se le ofrece participar en el estudio?

Se le ha propuesto participar en la investigación porque cumple con los criterios de inclusión que se han elegido para este trabajo:

- a) Ser mayor de edad.
- b) Tener un trastorno mental.
- c) Querer participar de forma voluntaria.

¿En qué consiste su participación?

Su participación consiste en responder a una serie de preguntas que se le van a realizar a través de una entrevista semiestructurada, que serán transcritas posteriormente, para obtener así, unos resultados, los cuales serán analizados. Estas entrevistas serán grabadas en audio (si usted lo permite, previamente).

¿Obtendrá algún beneficio por participar? ¿Tiene algún riesgo el estudio para su persona?

El posible riesgo de este estudio será recordar las distintas experiencias vividas. No se obtendrán beneficios directos por participar en él. Este trabajo de investigación permitirá generar evidencia científica, la posible apertura de nuevos caminos y líneas futuras de investigación desde la disciplina de Terapia Ocupacional, así como ofrecer una diversidad de oportunidades para las personas con trastorno mental en la comunidad, a través de distintos proyectos, propuestas o acciones, pues las intervenciones terapéuticas llevabas a cabo únicamente, en contextos puramente institucionales y/o clínicos, limitan en gran medida, las ocupaciones y/o actividades que usted desempeña en su vida cotidiana.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los datos recabados serán tratados bajo la más estricta confidencialidad. Los resultados de este estudio se publicarán en la presentación del Trabajo de Fin de Grado, ante un tribunal, con el fin de obtener el título del Grado en Terapia Ocupacional, pero siempre guardando su anonimato, según ordena la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre, que se basa en la protección de datos de carácter personal. Únicamente podrán consultar los

datos del estudio, la investigadora principal y el resto del equipo del trabajo de investigación.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de sus datos?

La confidencialidad de sus datos será regulada por la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre, que se basa en la protección de datos de carácter personal. Estos datos serán identificados mediante un pseudónimo, de forma que no se desvele su identidad, en ningún momento.

¿Quién le puede ofrecer más información?

Además de la investigadora principal, Cristina Sandes González, futura terapeuta ocupacional, y estudiante de Cuarto curso del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña, actualmente cursando la asignatura de Estancias Prácticas VII en dicho recurso, las dos personas que le acompañan dirigiendo este trabajo de investigación: Nereida María Canosa Domínguez e Inés Dacuña Vázquez, ambas terapeutas ocupacionales y vinculadas a la Universidad de A Coruña (UDC).

Contacto con la investigadora

Si necesitase más información referente al estudio que se va a realizar, puede ponerse en contacto con la investigadora a través del correo electrónico: _____ Podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, ante la presencia de la investigadora.

Muchas gracias por su colaboración.

Firma

Fecha

**APÉNDICE IV: CARTA DE PRESENTACIÓN AL CENTRO DE
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL Y LABORAL (CRPL), DE A
CORUÑA**

A: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de A Coruña.

De: Doña Cristina Sandes González. Alumna de 4º curso del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

Asunto: Solicitud de colaboración con el estudio de investigación.

Estimados miembros del CRPL:

Me remito a ustedes, Cristina Sandes González, alumna de Cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

Estoy llevando a cabo mi Trabajo de Fin de Grado y quisiera realizar un trabajo de investigación, tutorizado por Nereida María Canosa Domínguez, Terapeuta Ocupacional y Profesora del Grado de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña e Inés Dacuña Vázquez, Terapeuta Ocupacional actual del CRPL, y tutora/docente responsable de mis Estancias Prácticas VII, en este centro.

A continuación, se envía la información referente al estudio de investigación. Una vez revisado, solicito su colaboración para poder desarrollar este estudio: ***“Estudio cualitativo sobre la cotidianidad de personas con Trastorno Mental Grave de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral”***. En caso de precisar cualquier aclaración sobre el estudio, pueden ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico: _____

Gracias por su atención.

Doña Cristina Sandes González

A Coruña, a 30 de Octubre de 2016.

APÉNDICE V: GUIÓN DE ENTREVISTA

- ¿Cómo valora su vida? ¿Qué es lo que considera importante?
- Actualmente, ¿Qué actividades realiza en su vida cotidiana? ¿Y en relación con el pasado, que solía hacer? ¿Le gustaría volver a realizar alguna de esas actividades?
- ¿Observa diferencias entre las actividades realizadas, en su vida diaria, en relación con el pasado y con el momento actual?
- ¿Con quién se relaciona en la actualidad, y que significan estas personas para usted? ¿Son las mismas con las que tenía relación en el pasado, o se produjo algún cambio por algún motivo?
- ¿A lo largo de su vida, qué papel ha desempeñado su familia, sus amigos, o su pareja, entre otros?

APÉNDICE VI: ACRÓNIMOS

Tabla III: acrónimos

ACRÓNIMOS	SIGNIFICADO
OMS	Organización Mundial de la Salud
SERGAS	Servicio Gallego de Salud
S.M	Salud Mental
T.M	Trastorno Mental
T.M.G	Trastorno Mental Grave
CRPL	Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral
BOE	Boletín Oficial del Estado
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: 5ª edición
RBC	Rehabilitación basada en la comunidad
CAEI	Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia
TO	Terapia Ocupacional
WFOT	Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales

TOG	Revista de Terapia Ocupacional Galicia
------------	--