



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015 - 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

**Desempeño ocupacional y participación
comunitaria en salud mental: una perspectiva
de desarrollo inclusivo.**

Mélanie Arias Bouzamayor

Junio 2016

Directoras:

Dra. Dña. María Jesús Movilla Fernández. Profesor Titular Universidad.
Departamento de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Dña. Paula Díaz Romero. Terapeuta Ocupacional. Profesora de la
Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Índice

1. Resumen.....	4
2. Antecedentes y estado actual del tema	7
2.1. Salud mental	7
2.2. Atención a la Salud Mental.....	8
2.3. Terapia ocupacional en salud mental.....	11
2.3.1. Concepto de recuperación (“recovery”)	12
2.3.2. Terapia ocupacional y “recovery”	14
3. Bibliografía	18
4. Hipótesis o pregunta de estudio.....	24
5. Objetivos	25
5.1. Generales:.....	25
5.2. Específicos	25
6. Metodología	26
6.1. Tipo de estudio.....	26
6.2. Búsqueda bibliográfica.	27
6.3. Ámbito de estudio.....	30
6.4 Población.....	30
6.5. Muestra	30
6.5.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
6.5.2 Perfiles de los participantes	31
6.6. Entrada al campo	32
6.7. Técnica de recogida de información.....	32
6.8. Plan de análisis	33
6.9. Rigor metodológico.	34
6.10. Aplicabilidad.	35

7. Plan de trabajo.....	36
8. Consideraciones éticas.....	37
9. Plan de difusión de los resultados	38
10. Financiación de los resultados.....	40
10.1. Recursos necesarios y presupuesto	40
10.2. Posibles fuentes de financiación	41
11. Agradecimientos	43
12. Apéndices	44
12.1. Apéndice I: Consentimiento informado para la asociación.	44
12.2. Apéndice II: Hoja de información al participante.	46
12.3. Apéndice III: Consentimiento informado para participantes.	54
12.4. Apéndice IV: Guión de la entrevista semiestructurada.	58
12.5. Apéndice V: Solicitud al Comité de Ética de la UDC	59

1. Resumen

“Desempeño ocupacional y participación comunitaria en salud mental: una perspectiva de desarrollo inclusivo”.

Actualmente los dispositivos de atención a la salud mental están integrados en la comunidad, no obstante, el estigma por parte de la sociedad hacia los usuarios de los mismos, limita su inclusión, sus relaciones sociales y su participación en la comunidad. El concepto de recuperación o “recovery”, aporta una perspectiva de atención que considera que la persona con problemas de salud mental, es capaz de construir una vida más allá de los síntomas del trastorno, así como, la supresión de barreras en la comunidad. El terapeuta ocupacional tiene competencias para contribuir en el proceso de recuperación, aportando la creación conjunta con la persona implicada de oportunidades de participación en la comunidad y compromiso en ocupaciones significativas.

Objetivo: Conocer las experiencias de desempeño ocupacional de las personas con trastorno mental grave que acuden a un recurso de atención comunitario, para diseñar una acción conjunta cuya finalidad sea promover la inclusión social a través de las ocupaciones.

Metodología: La metodología utilizada es cualitativa enmarcada dentro del paradigma sociocrítico. El método seguido es el de investigación-acción-participación que busca propiciar un cambio y transformar la realidad. La elección de esta metodología tiene como finalidad empoderar y capacitar a las personas participantes del estudio, en el proceso de concienciación de la situación y de cambio social, entendiendo toda su implicación como una ocupación.

Palabras clave: Salud mental, terapia ocupacional, recuperación, inclusión, comunidad.

Tipo de estudio: Proyecto de investigación.

1. Resumo.

“Desempeño ocupacional e participación comunitaria en saúde mental: unha perspectiva de desenvolvemento inclusivo”.

Actualmente, os dispositivos de atención á saúde mental están integrados na comunidade, non obstante, o estigma por parte da sociedade hacia os usuarios dos mesmos, limita a súa inclusión, as súas relacións sociais e a súa participación na comunidade. O concepto de recuperación ou “recovery”, aporta unha perspectiva de atención que considera que a persoa con problemas de saúde mental, é quen de construír unha vida máis aló dos síntomas do trastorno, así como, a supresión de barreiras na comunidade. O terapeuta ocupacional ten competencias para contribuír no proceso de recuperación aportando a creación conxunta coa persoa implicada de oportunidades de participación na comunidade e compromiso en ocupacións significativas.

Obxectivo: Coñecer as experiencias de desempeño ocupacional das persoas con trastorno mental grave que acoden a un recurso de atención comunitario, para deseñar unha acción conxunta coa finalidade de promover a inclusión social a través das ocupacións.

Metodoloxía: A metodoloxía utilizada é cualitativa, enmarcada dentro do paradigma sociocrítico. O método seguido é o de investigación-acción-participación que procura propiciar un cambio e transformar a realidade. A elección desta metodoloxía ten como finalidade empoderar e capacitar ás persoas participantes do estudo, no proceso de concienciación da situación e de cambio social, entendendo toda a súa implicación como unha ocupación.

Palabras clave: Saúde mental, terapia ocupacional, recuperación, inclusión, comunidade.

Tipo de estudo: Proxecto de investigación.

1. Abstract.

“Occupational performance and community participation in mental health: a perspective of an inclusive development”.

Mental health care devices are currently integrated in our society; however, the social stigma towards the users limits their integration, their social relationships and their participation in our community. The concept of recovery provides a perspective of care which considers that a person with mental health problems is able to build a life beyond the symptoms of his disorder, as well as the removal of barriers in the community. Occupational therapist has the skills to contribute in the process of recovery, providing a co-creation with the person involved of opportunities to participate in the community and engagement in meaningful occupations.

Objective: to know about the experiences of occupational performance from the individuals with severe mental health disorders who attend a resort of community care, to design a joint action whose purpose is to promote the social inclusion through the occupations.

Methodology: the methodology that is used is framed within a qualitative sociocritical paradigm. The followed method is the participatory-action-research which tries to promote and transform reality. The selection of this method aims to empower and train the individuals that take part in the study, in the development of situation awareness and social change, understanding all its involvement as an occupation.

Keywords: Mental health, occupational therapy, recovery, inclusion, community.

Type of work: Research project.

2. Antecedentes y estado actual del tema

2.1. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”(1). Este organismo también establece una serie de determinantes sociales, tales como la distribución de la economía, el poder y los recursos, que dan lugar a diferentes circunstancias en las personas, influyendo en su desarrollo vital y su salud (2). Además la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, destaca los requisitos que son necesarios tener en cuenta para la valoración de la misma: “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad”(3).

La salud mental es definida por la OMS, como un estado de bienestar donde la persona es capaz de reconocer sus propias capacidades, afrontar las situaciones del día a día y contribuir de manera activa en su comunidad (4).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, el trastorno mental grave (TMG) es una alteración psiquiátrica que crea, de alguna manera, malestar subjetivo y dificulta a la persona su adaptación a entornos próximos (5). Datos reflejados por la OMS, estiman que una de cada cuatro personas, desarrolla algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida (6).

Por otro lado, en las definiciones tanto de salud como de salud mental, se incluye el componente bienestar, que a su vez está estrechamente relacionado con la calidad de vida. No existe una definición única del concepto de calidad de vida, según Meeberg, se incluyen varios términos para su abordaje: la satisfacción de las necesidades básicas, bienestar subjetivo de la propia persona sobre su calidad de vida y la influencia de la cultura y la sociedad a la que pertenece (7). Shumaker y Naughton indican que la calidad de vida es la percepción subjetiva de cada persona sobre su capacidad para llevar a cabo actividades, que además está influenciada por la percepción del estado de salud en ese determinado momento (8). Por

otra parte, Laura Schwartzmann, apunta que la percepción de las personas a la hora de valorar su calidad de vida, depende en gran medida de la cultura en la que se encuentren y de sus propios valores y creencias (9).

2.2. Atención a la Salud Mental

Históricamente las personas con trastorno mental eran confinadas en hospitales psiquiátricos donde la atención que se brindaba era meramente asistencialista, centrándose en los aspectos médicos de la enfermedad.(10)

Goffman refiere que el tratamiento en los hospitales psiquiátricos y la institucionalización, provocan una cronicidad de los síntomas del propio trastorno mental (11). Además, apoya que el hecho de permanecer en una institución, crea una marca social negativa (conocida como estigma: “un atributo especial que produce en los demás una actitud negativa”), la cual es utilizada como definición principal de una persona, etiquetándola. (12)

La segregación, la exclusión, la precariedad en las condiciones de vida, la falta de medios y de personal y la inexistencia de intervenciones terapéuticas no farmacológicas que se daba en los hospitales psiquiátricos; generaron movimientos y demandas sociales, que reivindicaban una atención digna e integrada en la sociedad a las personas con problemas de salud mental. Es a partir de estos movimientos cuando comienza el proceso de desinstitucionalización, que conlleva al cierre de los hospitales psiquiátricos después de la Segunda Guerra Mundial en Europa y en torno a 1980 en España. Desde este momento, el colectivo de personas con problemas de salud mental es reubicado en nuevos dispositivos comunitarios y/o en sus hogares, apareciendo una nueva corriente de tratamiento a la salud mental, la psiquiatría comunitaria.(10,13) Dicha corriente, persigue unos objetivos que se orientan a la integración, a la participación en la comunidad y las redes sociales de las personas con trastorno mental, así como a la mejora de la calidad de vida y de las

relaciones interpersonales (14). Se considera que los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de “enfermo” con su etiqueta diagnóstica, sino desde su condición de ciudadano con derechos y obligaciones dentro de la sociedad a la que pertenece. La nueva atención a la salud mental, aboga por un servicio completo e integrado que cuente con el trabajo de un equipo multidisciplinario, un diagnóstico precoz, tratamiento temprano y continuado, soporte social y coordinación con otros servicios (10,15).

La Organización de Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, recoge en sus artículos 22 y 29.1 (16), que todas las personas tienen derecho a ser benefactores y actores sociales de su comunidad, así como a desarrollarse en ella en igualdad de condiciones:

- Artículo 22: “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la **organización y los recursos** de cada Estado, la **satisfacción de los derechos** económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al **libre desarrollo de su personalidad**”.
- Artículo 29.1: “Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede **desarrollar libre y plenamente su personalidad**”.

En España la legislación reguladora de la asistencia a la salud mental se recoge en dos documentos principalmente. Uno es el Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica de 1985, en el que se exponen las bases de la asistencia a la salud mental en la comunidad y los nuevos dispositivos de atención dentro del sistema sanitario (tanto físico como humanitario), que sustituyen a los hospitales psiquiátricos (17). El otro documento es la Ley General de Sanidad de 1986, donde se apoya la plena integración de la atención de las disfunciones de salud mental en el sistema sanitario general, equiparando la detección y el tratamiento de los trastornos mentales al resto de enfermedades (18).

Actualmente los tipos de servicios de atención a la salud mental disponibles en el sistema sanitario en Galicia son (19):

- CRPL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
- ECC: Equipo de Continuidad de Cuidados.
- HPD: Hospital Psiquiátrico de Día.
- UA: Unidad de Alcoholismo.
- UCER: Unidad de Cuidados Especiales de Rehabilitación.
- UCR: Unidad de Cuidados de Rehabilitación.
- UCRR: Unidad de Cuidados Residenciales de Rehabilitación.
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- UP: Unidad de Psicogeriatría.
- USM: Unidad de Salud Mental de Adultos.
- USMIX: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil.

Tras más de 20 años de políticas estatales que promueven la integración y participación en la comunidad, las personas con problemas de salud mental continúan siendo un colectivo que experimenta situaciones de desigualdad en el acceso a oportunidades, excluyéndolos de esta manera de derechos y responsabilidades (20). Estos comportamientos de rechazo social, promueven la segregación y la creación de estigma negativo, razón principal a su vez por la que se incrementa el aislamiento y, por lo tanto, las relaciones sociales de las personas con TMG acaban limitándose a su propia familia y/o personas en su misma situación. Generalmente los espacios en los que se crean los vínculos entre personas con condiciones de salud mental similares, son aquellos recursos de atención (citados anteriormente) que se encuentran en la comunidad. (15,21)

Tras analizar la progresión de la atención a la salud mental, se observa que el asistencialismo médico y la institucionalización total han quedado a un lado, dando lugar en la actualidad a una atención a las personas con problemas de salud mental más global e integrada en la sociedad. No

obstante, todavía persisten la discriminación y el estigma hacia este colectivo.

2.3. Terapia ocupacional en salud mental

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la terapia ocupacional como “una profesión de la salud centrada en la persona, que se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar de las personas a través de la ocupación. (...) Los terapeutas ocupacionales logran este resultado en el trabajo con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, bien mediante la modificación de la ocupación o bien del medioambiente, para apoyar su compromiso ocupacional”. (22)

En terapia ocupacional se concibe la ocupación como todas aquellas actividades que las personas realizan en su vida diaria y a lo largo de su vida (incluye el cuidado de uno mismo y de los otros, trabajar, estudiar, jugar, interaccionar con otras personas, entre otros). Es un elemento intrínseco y principal en la existencia de los individuos, los grupos y las comunidades; es el mecanismo mediante el cual se desarrollan los procesos de aprendizaje de la cultura en la que estamos inmersos, de las habilidades necesarias para realizar actividades, de la creación de redes sociales de apoyo e interdependencia y que, además se adapta a las circunstancias y variaciones de los entornos. (23)

El hecho de que una persona participe en ocupaciones significativas (aquellas que tienen valor para la persona, bien sea intrínseco o social), contribuye a la construcción de una identidad personal propia y capacita para sentirse partícipe de la sociedad. Se favorecen así los vínculos sociales y culturales, y se promueve el desarrollo personal y la sensación de bienestar.(24,25)

En la sociedad actual, las personas con problemas de salud mental son, con frecuencia, protagonistas del estigma social. Esta situación, se presenta como una barrera a la hora de participar en igualdad de condiciones y oportunidades en ocupaciones significativas, y de forma activa en la comunidad. Además de las posibles dificultades derivadas del propio trastorno mental, los fenómenos sociales y políticos, afectan directamente al desempeño ocupacional. (26–28)

En conclusión, se puede afirmar que el desempeño de ocupaciones significativas y la contribución activa en la comunidad; influye de manera positiva en el bienestar y calidad de vida de las personas y, por lo tanto, en su salud. (24,25)

2.3.1. Concepto de recuperación (“recovery”)

El concepto de *recuperación* (traducción del término original en inglés “recovery”), aporta una perspectiva diferente de la atención a la salud mental, que guía los sistemas de asistencia a la salud mental en muchos países, principalmente Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. En dichos países, se abogó por la inclusión en la comunidad tras el proceso de desinstitutionalización, en torno a 1980, de las personas atendidas en hospitales psiquiátricos. En países del sur de Europa se ha reconocido la necesidad de cambio, aunque en la práctica el proceso está siendo más lento de lo previsto. (29,30)

A pesar de ser un término con diversas perspectivas y definiciones, una de las más aceptadas es la aportada por William Anthony (30,31):

“La *recuperación* es un proceso único, profundamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo

sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”.

El concepto de *recuperación* ha sido formulado por y para los usuarios de los servicios de asistencia a la salud mental para describir sus propias experiencias de vida. Un principio central de la *recuperación* es el progreso único de cada persona, su manera particular de afrontar las dificultades y la construcción de una vida más allá del trastorno mental. Por lo tanto, se habla de *recuperación* cuando una persona es capaz de tomar las riendas de su vida, más allá de los síntomas clínicos de la enfermedad (31).

Complementando lo apuntado anteriormente, la experiencia de la recuperación de un trastorno de salud mental, no incluye únicamente el tratamiento de los signos y síntomas desde la perspectiva clínica y asistencial, sino también el afrontamiento de los efectos colaterales de recibir el diagnóstico de “trastorno mental”. Esto quiere decir que, además de las consecuencias directas del trastorno, también se encuentran consecuencias que afectan de manera indirecta al individuo desde el momento en el que se le pone una etiqueta diagnóstica. Un ejemplo de estas consecuencias indirectas es la pérdida de empleo, por la existencia de prejuicios referentes a la pérdida de capacidades o habilidades para el desempeño laboral. También podemos incluir la discriminación por parte de la sociedad, prejuicios sobre agresividad potenciados en muchas ocasiones por los medios de comunicación, la desvalorización tanto a sí mismos como de forma externa, la pérdida de aspiraciones o proyectos de futuro, entre otros. (32,33)

La *recuperación* destaca cuatro aspectos esenciales en el proceso, tanto para los profesionales que lo apoyan, como para las personas implicadas (30,34):

- La importancia de la **esperanza**, o dicho de otra manera, creer que es posible la recuperación, tener una vida con significado, propósito e implicación en ocupaciones significativas.

- **Afrontamiento y adaptación.** Como en la vida, el proceso de recuperación tiene altibajos, saber sobreponerse y adaptarse a las situaciones que se presenten es esencial y a largo plazo se crea una capacidad de resiliencia.
- **Empoderamiento y autodeterminación.** Estos factores se refieren a que la persona tenga libertad de toma de decisión, haciéndose cargo de su propia vida, teniendo acceso a los recursos que contribuyan a ello. Cabe destacar, que también se incluye que la persona con TMG decida dónde, cómo y cuándo recibirá apoyo y/o asistencia de los servicios socio-sanitarios.
- **Integración social y comunitaria.** Las interacciones sociales son un aspecto importante de la recuperación, así como aquellas con los ambientes físicos que sean significativos y acogedores para la persona. Se destaca la importancia de tener relaciones sociales con personas con y sin condiciones de salud mental similares.

Por lo tanto, los servicios de asistencia a la salud mental que sigan la filosofía de la *recuperación*, desarrollarán estrategias de inclusión en la comunidad, no únicamente en la "integración", que en muchas ocasiones significa simplemente ocupar el mismo espacio físico que los demás. Por otra parte, también es conveniente tener en cuenta el estigma y la discriminación, ya que siguen siendo un factor principal que actúa como barrera para las personas con TMG. Por ende, estos recursos deben contribuir al cambio de actitudes y prejuicios de toda la comunidad, en cuanto a la inclusión de personas con TMG como ciudadanos de pleno derecho. La comunidad necesita hacer suyo el concepto de *recuperación*, ya que la salud mental, el bienestar y la calidad de vida es un asunto de salud pública. (34)

2.3.2. Terapia ocupacional y "recovery"

La *recuperación* implica, por una parte, un cambio en el cual la persona mejora su estado de salud mental a través del proceso descrito en el

apartado anterior y, por otra parte, el cambio hacia la supresión de la barrera social, pretendiendo que se consiga la completa inclusión social y comunitaria. También la terapia ocupacional comparte principios de intervención con el concepto de *recuperación*, los cuales se focalizan en la persona, la familia, los grupos y la comunidad, favoreciendo y adaptando los diferentes ambientes de interacción, para que lleguen a ser de acceso equitativo para todos los ciudadanos; así como apoyando el desempeño y la justicia ocupacional como parte esencial en la *recuperación*. (30,35)

Existen múltiples contribuciones hechas por terapeutas ocupacionales en la literatura de la recuperación. Así, Wilcock, destaca un claro enlace entre *recuperación* y terapia ocupacional. Los terapeutas ocupacionales pueden facilitar la implicación en el proceso de la recuperación promocionando apoyo externo como vivienda, trabajo, búsqueda de una meta académica, e implicación y búsqueda de ocupaciones significativas para fortalecer las interacciones sociales y la interdependencia. (30)

Doroud, Fosey y Fortune, afirman que el compromiso ocupacional es un componente que actúa de forma transversal en el proceso de *recuperación*. Por lo tanto, la práctica de los terapeutas ocupacionales contribuye al proceso de *recuperación*, mediante la exploración de las necesidades y preferencias ocupacionales de la persona implicada. (36)

Asimismo, Brown y Stoffel, añaden que la interacción de la persona con sus ambientes repercute en las experiencias y en el desempeño ocupacional. También indican que la construcción de relaciones sociales sólidas son de gran apoyo en la *recuperación*. La terapia ocupacional fomenta la creación de ambientes favorables y de redes de apoyo. (30)

Si nos centramos en los cuatro aspectos esenciales que se destacan en el proceso de recuperación, tratados en el apartado anterior, el terapeuta ocupacional reúne competencias que contribuyen de manera positiva en su promoción y potenciación, por ejemplo (30):

- **Esperanza:** implicándose en la toma de decisiones y reflexiones compartidas, transmitiendo respeto y reforzando la creencia en la recuperación. También dando apoyo para encontrar sus propias respuestas y ejercitar su propio juicio, ofreciendo información o consejo sólo cuando las personas que se encuentran en proceso de recuperación lo soliciten. Hay que tener en cuenta que la expresión verbal y no verbal son importantes para transmitir la información de manera optimista pero realista.
- **Afrontamiento y adaptación:** esta caracterización de adaptación y afrontamiento de la recuperación, es muy común a los propósitos de la terapia ocupacional. La adaptación de las ocupaciones y/o de los ambientes son conocimientos que los terapeutas ocupacionales poseen y son beneficiosos para el proceso de recuperación de la persona. Así como, potenciar la implicación en ocupaciones, y la búsqueda de aquellas que son significativas.(27)
- **Empoderamiento y autodeterminación:** guiar a la persona en la creación de mejores ambientes para llevar a cabo sus ocupaciones y explorar aquellos recursos de los cuales podría beneficiarse, son algunas de las estrategias que pueden facilitar el empoderamiento y la autodeterminación. Además, de acuerdo con Kronenberg, Simó y Pollard, el terapeuta ocupacional participa en el empoderamiento de la persona, concediéndole poder, mostrándole sus fortalezas, su capacidad de independencia y su compromiso ocupacional. (37,38)
- **Integración social y comunitaria:** desde terapia ocupacional este punto puede abordarse facilitando la exploración de relaciones sociales, ocupaciones y ambientes novedosos. De este modo, se pretende que la competencia personal, la resiliencia y la inclusión aumenten progresivamente. Dichas oportunidades pueden incluir educación, empleo, voluntariado, ocio, espiritualidad, dentro de la comunidad, todo aquello que está disponible para todos los ciudadanos y ciudadanas. Por otra parte, para que la inclusión cumpla su cometido, es necesario centrar la atención, no sólo en la

persona, en proceso de recuperación, sino también en la comunidad y su aprendizaje, creando nuevas vías para la participación. (27,38)

En conclusión, podemos afirmar, de acuerdo con la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), que tanto la filosofía de la terapia ocupacional, como la de la *recuperación*, apoyan que las personas con problemas de salud mental pueden y deben llevar una vida significativa, satisfactoria y productiva, como ciudadano/a de su comunidad (39). Apoyando lo dicho, Doround, Fosey y Fortune, también indican la importancia de la disciplina en el proceso de recuperación, ya que aporta la creación conjunta con la persona implicada de experiencias ocupacionales significativas y oportunidades de participación en la comunidad (36).

3. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. OMS. 1948. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
2. Krech R. Determinantes de la Salud. Ginebra: Boletín de la Organización Mundial de la Salud; 2011; 89(10): 703–703. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/10/11-094870/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences: The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet]. Ginebra. 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Definición Salud Mental [Internet]. OMS. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
5. Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Información salud mental. [Internet]. NIMH; 1987. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml>
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. OMS. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
7. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol. 2012; 30(1): 61–71.
8. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 1996;15:117–131.
9. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc y enfermería. 2003; 9(2): 9–21.

10. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. Cuad Trab Soc. 2010; 23: 253–263.
11. Goffman E. Internados. 1ª ed. Buenos Aires; 1970.
12. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. 1ª ed. Amorrortou: Buenos Aires; 1963.
13. Sandoval-Chacón C. Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial costarricense. Rev costarric psicol. 2009; 29(41): 121–135.
14. Ararteko. Salud Mental y exclusión social: estado de la cuestión. 2007: 1–16.
15. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). Acta Psiquiatr Psicol Am Lat [Internet]. 2004; 50(2): 99–109. Disponible en: http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/alter_com_andalucia_acta_04.pdf
16. Organización Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas. París. 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. 1985.
18. Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. nº102. 1986.
19. Instituto de Información Sanitaria. Dispositivos de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2009. p. 21–2. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>

20. Lloyd C, Waghorn G, Best M, Gemmel S. Reliability of composite measure of social inclusion for people with psychiatric disabilities. *Aust Occup Ther J.* 2008; 55: 47–56.
21. Badallo A, García-Arias S, Yélamos L. La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsi.* 2013; 33(120): 737–47.
22. World Federation of Occupational Therapists. Definición Terapia Ocupacional [Internet]. WFOT. 2012. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
23. College of Occupational Therapists. Recovering Ordinary Lives: the strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017. [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.cot.co.uk/strategic-plans/recovering-ordinary-lives>
24. Moruno Millanes P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en salud mental.* Madrid: Elsevier; 2011.
25. Plata R. Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. *Nort Salud Ment.* 2012; 10(44): 62–71.
26. Kielhofner G. *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional.* 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2006.
27. Sánchez Rodríguez O, Polonio López B, Pellegrini Spangenberg M. *Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal.* Madrid: Panamericana; 2012.
28. Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Buenos Aires: Ediciones Journal; 2009.

29. Ozamiz JA, Markez I, Ortiz A. Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. *Nort salud Ment.* 2014; 12(48): 89–94.
30. Brown C, Stoffel V. *Occupational therapy in mental health : a vision for participation.* 1ª ed. FA Davis Company; 2011.
31. Shepherd G, Boardman J, Slade M. *Making Recovery a Reality.* Scottish Recover Netw [Internet]. 2008; 1–23. Disponible en: http://www.scmh.org.uk/pdfs/Recovery_lived_experience_perspective.pdf
32. Farkas M. La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry* (edición España). 2007; 5(2): 68–74.
33. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud.* 2011; 22: 157–73.
34. Sainsbury Centre for Mental Health. *Implementing Recovery. A new framework for organisational change. Position paper.* London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2009. p. 1–6.
35. 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.
36. Doroud N, Fossey E, Fortune T. Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Aust Occup Ther J.* 2015; 62(448): 378–92.
37. Domene Navarro G. Empoderamiento, terapia ocupacional y salud

- mental. Rev Ter Ocup Galicia [Internet]. 2014; 12(22): 1–22. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso1.pdf>
38. Kronenbreg F, Simó Algado S, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2006.
 39. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy's role in mental health recovery. AOTA; 2011.
 40. Cano A, Gil T, Palmar A, Luego R. Diferentes aproximaciones de la investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. Educare21. 2008; 47: 1–9.
 41. Sandín Esteban MP. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
 42. Miguel Martínez M. La Investigación Cualitativa. Razón de ser y Pertenencia. Rev Investig en Psicol. 2006; 1(9): 123–46.
 43. Balcázar F. La investigación-acción participativa en psicología comunitaria. Principios y retos. Apunt Psicol. 2003; 21(3): 419–35.
 44. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
 45. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Helsinki: AMM; 1964. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
 46. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
 47. Asociación Americana de Terapia Ocupacional. Occupational therapy code ethics. [Internet]. AOTA; 2000. Disponible en:

<http://www.aota.org/Practice/Ethics/EC.aspx>

48. World Federation of Occupational Therapist. Code of ethics. Ethical core of Occupational Therapy. [Internet]. WFOT; 2016. Disponible en: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>

4. Hipótesis o pregunta de estudio

La integración de las personas con problemas de salud mental tras el proceso de desinstitucionalización, se ha realizado a través de recursos de atención comunitaria. Sin embargo, es un interrogante que la inclusión de este colectivo sea real, pues aunque desde estos dispositivos se ofrece una atención personalizada y holística adecuada a las características de salud de cada persona, puede haber desencadenantes sociales y/o políticos externos que favorezcan la limitación en el acceso equitativo a oportunidades, relaciones interpersonales, y por ende, la inclusión y participación activa en la comunidad.

Dicho esto y a partir de la exploración del desempeño ocupacional y la sensación de bienestar con su situación actual de usuarios de recursos de asistencia a la salud mental en la comunidad, se pretende conocer a través de su participación activa:

¿Qué barreras identifican a la hora de desempeñar ocupaciones, tanto dentro como fuera del recurso, y de participar de manera inclusiva en la comunidad? ¿Qué propuestas formularían, según sus intereses, para cambiar esta situación y cómo las llevarían a cabo?

5. Objetivos

5.1. Generales:

- Conocer las experiencias de desempeño ocupacional de las personas con trastorno mental grave que acuden a un recurso de atención comunitario, para diseñar una acción conjunta cuya finalidad sea promover la inclusión social a través de las ocupaciones.

5.2. Específicos

- Conocer el desempeño ocupacional, de las personas implicadas en el proceso de identificación de situaciones susceptibles de cambio tanto en el recurso como en la comunidad, en primera persona.
- Construir conjuntamente con las personas con problemas de salud mental, propuestas de cambio en base a sus intereses y aspiraciones de participación en la comunidad.
- Explorar con la persona con problemas de salud mental los diferentes recursos de la comunidad que puedan ser de su interés y provechosos en la formulación de un plan de acción del cambio.
- Capacitar a las personas con trastorno mental grave para la participación como agentes activos en la descripción de un problema y en la generación de un cambio.

6. Metodología

6.1. Tipo de estudio

Este proyecto de investigación se llevará a cabo desde una metodología cualitativa, puesto que nos dará la información más rica en cuanto al entendimiento del desempeño ocupacional de los informantes, su grado y modo de participación en la comunidad y la satisfacción con su propia situación.

La investigación cualitativa es la más adecuada para cubrir esta demanda de información porque se centra en recopilar datos sobre experiencias, perspectivas y realidades, extraídos de los discursos y conductas de los participantes en el estudio. (40)

Uno de los paradigmas subyacentes de la metodología cualitativa es el paradigma crítico o sociocrítico. La elaboración de este proyecto se respaldará en él por ser el que se orienta al cambio, la transformación y toma de decisiones. Para ello el investigador debe detectar un problema, analizar y autorreflexionar de manera crítica sobre las estructuras sociales y/o políticas que podrían ser causantes de ello y abogar por el cambio. (41)

El método de investigación acción-participación (IAP), predomina dentro del enfoque crítico. Lo que se busca es propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen conciencia de su papel en dicho proceso (41). En este estudio se utilizará el método IAP, ya que es el indicado para investigaciones en las cuales, además de conocer la realidad o problema específico existente, se tiene como objetivo el intentar modificarlo. La población a estudiar, en este caso personas con problemas de salud mental, se consideran sujetos activos, ya que son los co-responsables del análisis de la situación, de la elaboración de planes de acción, de su implementación y de la valoración de los resultados. (42)

La razón por la cual se ha escogido este método de investigación, es la identificación de injusticias ocupacionales en la comunidad, la actuación a nivel ambiental y no individual, y la finalidad de empoderar y capacitar a las

personas participantes en el proceso de conocimiento de la situación y de cambio social, entendiendo toda su implicación como una ocupación. (38)

La IAP consta de tres etapas principales (43):

- Diagnóstico del problema y diseño de la acción.
Tiene como objetivo conocer la realidad y el contexto de investigación. Para ello, se realiza una recogida de información en la cual las personas involucradas juegan un papel principal a la hora de guiar y marcar el diseño de la acción a realizar.
- Implementación de la acción.
Se desarrollan los planes de acción diseñados anteriormente. En esta etapa prima el empoderamiento de las personas protagonistas del proceso, para llevar a cabo las iniciativas que ellas mismas han propuesto.
- Evaluación.
La evaluación consta de recopilar y analizar toda la información obtenida a lo largo de las etapas anteriores. Se valorará la situación final con respecto a la esperada cuando se plantearon los objetivos de los planes de acción en un inicio. Una vez contrastada esta información, se sabrá si se han cumplido los objetivos iniciales o han surgido otros nuevos, por lo tanto, la investigación vuelve a la primera etapa de diagnóstico, creándose una espiral de cambio.

6.2. Búsqueda bibliográfica.

La búsqueda de información se ha realizado a través de documentos y libros conocidos a lo largo del grado en terapia ocupacional, y por otra parte, mediante una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- Pubmed.
- Scopus.

- Lilacs.

- Dialnet.

Para el acceso al documento completo que no estaba disponible a través de la propia base de datos, se ha utilizado el buscador de Google Académico y el servicio de préstamo interbibliotecario de la Universidad da Coruña.

En la estrategia de búsqueda se han empleado los descriptores indicados en la Tabla I.

	Descriptores inglés	Términos MeSH	Descriptores castellano
Terapia Ocupacional	“Occupational therapy”	“Occupational therapy”	“Terapia ocupacional”
	“Occupational therapist”	“Occupational therapy Department, Hospital”	“Terapeuta ocupacional”
	“Occupational science”		“Ciencia ocupacional”
	“Occupational scientific”		“Científico ocupacional”
	Occupational scientist”		
Salud Mental	“Mental health”	“Psychiatric Rehabilitation”	“Salud mental”
	“Mental disorder”		“Enfermedad mental”
	“Mental disease”	“Community Mental Health Centers”	“Trastorno mental”
	“Mental illness”	“Community Mental Health Services”	“Enfermo mental”
	“Mental sickness”		“Discapacidad mental”
	“Mental patient”	“Mental Health Associations”	“Problema mental”
	“Mental invalid”	“Mental Health Services”	Psiquiatr*
	Psychiatr*	“Mental Health”	
Comunidad	Communit*	“Social Participation”	Comunidad
	Inclus*	“Patient participation”	Comunitario
	Integrat*	“Consumer participation”	Inclusión

	Participat*	<p>“Health Services for persons with disabilities”</p> <p>“International Classification of Functioning, Disability and Health”</p> <p>“Social marginalization”</p> <p>"Community Integration"</p> <p>"Community-Based Participatory Research"</p> <p>"Community Health Planning"</p> <p>"Therapeutic Community"</p> <p>"Community Psychiatry"</p> <p>"Community Mental Health Services"</p> <p>"Community Mental Health Centers"</p> <p>"Community Medicine"</p> <p>"Independent Living"</p> <p>"Delivery of Health Care"</p> <p>"Community Health Workers"</p> <p>"Community Health Centers"</p> <p>"Community Health Services"</p>	Integración Participación
Recuperación	Recover*	<p>“Recovery of function”</p> <p>“Convalescence”</p> <p>“Rehabilitation”</p>	Recovery Recuperación

Tabla 1: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

6.3. Ámbito de estudio

El ámbito de esta investigación se ha establecido en una comarca geográfica que engloba varios núcleos de población dentro de la provincia de A Coruña. Concretamente se centra en un recurso comunitario de atención a la salud mental: centro de rehabilitación psicosocial. La asociación que representa este recurso, se centra en ofrecer servicios de atención a las personas con trastorno mental grave en su proceso de recuperación e integración social, así como dar soporte, información y asesoramiento a los usuarios y sus familias.

6.4 Población

La selección de los informantes se realizará a través de la asociación, por ser el lugar de toma de contacto. La población de estudio serán las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, usuarias de los servicios que ofrece la asociación.

6.5. Muestra

Dentro de esta población se realizará un muestreo teórico intencional: buscando informantes clave que aporten la información más rica al estudio y asegurándose de que se recoge una amplia gama de información que aporte validez al estudio. (41)

Todos aquellos que decidan participar de forma voluntaria, además deberán cumplir los criterios de inclusión descritos en la Tabla II.

6.5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
Presentar un diagnóstico de trastorno mental grave.	No encontrarse en una situación psicopatológica estable.
Ser usuario de los servicios de la asociación.	Utilizar simplemente los servicios de información y asesoramiento.
Ser mayor de 18 años y menor de 65 años	-

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión selección de informantes. Elaboración propia

6.5.2 Perfiles de los participantes

Una vez seleccionados los participantes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, con el fin de obtener una información más rica y con diferentes perspectivas se incluyen los perfiles. Del mismo modo que ocurre con todos los colectivos, existen diferencias según las características de cada persona, por lo tanto, se considera adecuado que queden reflejadas las distintas miradas dependiendo de las condiciones y experiencias vividas de cada individuo.

Se han seleccionado características que podrían influir en la derivación de diferentes aspectos de los discursos: en cuanto a diferencia de género, rango de edad, previa institucionalización y/o ingreso involuntario y tiempo transcurrido desde el diagnóstico, representados en la Tabla III:

Género	Rango de edad (quinquenales)	Tiempo desde el diagnóstico (años)	Previa institucionalización
Mujer	Entre 18 y 33	Menos de 5	Si
Hombre	Entre 30 y 48	Entre 5 y 10	No
	Entre 48 y 63 (*se incluye hasta 65)	Más de 10	

Tabla III: Perfiles de los participantes. Elaboración propia.

Asimismo, existirá al menos un entrevistado de género masculino y una de género femenino, con el fin de conocer cómo influye en el desempeño ocupacional y las oportunidades de participación en la comunidad.

En cuanto a la edad, se ha hecho una clasificación en rangos quinquenales, en los cuales habrá al menos una persona entrevistada que represente cada rango, con el objetivo de detectar diferencias en las aspiraciones según el punto del ciclo vital en el que se encuentren.

El tiempo transcurrido tras el diagnóstico, se divide en rangos de 5 años y, de la misma manera que con los ítems anteriores, se precisará que al

menos una persona cumpla con cada uno de estos perfiles. Se tendrá constancia de las posibles variaciones en la percepción de cada persona sobre su proceso de recuperación.

La previa institucionalización, se incluye para entender las características de esa vivencia en comparación a alguien que no lo haya estado. Esto nos permitirá explorar los discursos de al menos una persona que sí haya estado institucionalizada, y de al menos una persona que no.

6.6. Entrada al campo

La entrada al campo se realizará a través de la asociación en la que se ha cursado la asignatura Estancias Prácticas VII de cuarto curso de grado en terapia ocupacional, para la que se diseña este proyecto. En primer lugar se contactará con la dirección del centro para dar toda la información pertinente sobre la investigación. Será necesaria la firma del consentimiento informado (Apéndice I) y la autorización de la entrada al campo por parte de la dirección de la asociación. Posteriormente, se llevará a cabo una toma de contacto con los posibles informantes, en la cual se facilitará un documento informativo con el contenido y objetivos del estudio (Apéndice II). Aquellas personas que estén interesadas en ser partícipes de forma voluntaria en la investigación y el proceso de cambio, tendrán que firmar el consentimiento informado (Apéndice III), que también será facilitado por parte del investigador. Dado que la investigación se llevará a cabo en la Comunidad Autónoma de Galicia, se utilizarán los dos idiomas oficiales a la hora de exponer la información.

6.7. Técnica de recogida de información

En esta investigación se utilizarán diferentes herramientas para la recogida de información.

Por una parte, se administrará una entrevista semiestructurada y abierta (Apéndice IV) a aquellas personas previamente seleccionadas. En ella se pretende conocer la situación de los participantes de la manera más holística posible, por ende, las preguntas no serán en ningún momento de

respuesta cerrada, sino que simplemente se utilizará un guión preestablecido para tratar los puntos más importantes, pero sin cohibir las posibles nuevas aportaciones que surjan.

Para realizar la entrevista se le proporcionará al entrevistado privacidad e individualidad. Se llevará a cabo en un ambiente donde la persona se sienta cómoda y dé lugar a una buena conexión con el investigador. Todas las entrevistas serán grabadas por un sistema de grabación de voz digital, con el fin de obtener mayor precisión a la hora de transcribir y analizar el contenido.

Por otra parte, el investigador utilizará un cuaderno de campo donde se registrará todo aquello que observa durante el proceso de recogida de información y que no se plasma en las entrevistas (expresión no verbal, descripción de situaciones y espacios, comportamientos de la vida diaria y otros posibles aspectos de interés), con el objetivo de mejorar la interpretación de los resultados.

6.8. Plan de análisis

Tras la recogida de toda la información pertinente, el investigador se dispondrá a seleccionar, analizar e interpretar los datos, haciendo partícipes a las personas entrevistadas en todo el proceso. Para ello, en esta investigación, se llevará a cabo una transcripción de todas las entrevistas realizadas, quedando registradas de forma narrativa. El paso posterior será realizar una triangulación de los datos, que consiste en contrastar la información con otros investigadores colaboradores. Tras esto, la visión de la situación será mucho más rica y tendrá en cuenta varios factores y puntos de vista. Para llevar a cabo dicho proceso será necesaria la colaboración de investigadores externos (en este caso serían las tutoras de la investigación). Del análisis de los discursos previamente transcritos, emergerán categorías de significado, las cuales son los resultados de la realidad estudiada.

Por último, será necesario realizar una síntesis de los hallazgos más relevantes.

6.9. Rigor metodológico.

Para garantizar la calidad y confiabilidad del estudio de investigación, es preciso tener en cuenta una serie de criterios que lo avalen. Lincoln y Guba mencionan como tales la credibilidad, la transferibilidad, la consistencia y la confirmabilidad (44):

- La **credibilidad** se alcanza cuando el investigador utiliza la observación y las conversaciones prolongadas con los participantes para recoger toda la información necesaria y profundizar en los discursos. Se fundamenta a través de la descripción detallada que se ha realizado del estudio y la muestra y, con la posterior triangulación de los datos recabados.
- La **transferibilidad** es el grado en que los resultados pueden ser aplicados a otros contextos. En el presente estudio, no sería posible asegurar la transferibilidad de los resultados en otros contextos, debido al carácter único e irrepetible de los procesos de cada persona y de la construcción de un cambio social que se guía por las personas implicadas. No obstante, la transferencia del proyecto inicial sería posible dependiendo del grado de similitud entre las situaciones sociales y los agentes implicados.
- La **consistencia** se refiere a la estabilidad y replicabilidad de los datos. Ésta se logra a través de la triangulación de los resultados, pues se han contrastado los discursos de los participantes durante la entrevista, la observación, las anotaciones del cuaderno de campo elaborado por la investigadora.
- La **confirmabilidad** es la objetividad del investigador. Se ofrece mediante la utilización de las técnicas de triangulación, las transcripciones literales de los discursos, la descripción detallada del proceso previo y el análisis y la neutralidad de la investigadora.

6.10. Aplicabilidad.

La aplicabilidad de este estudio radica en capacitar y empoderar a las personas con trastorno mental grave, haciéndolas partícipes en la investigación. Por otra parte, el estudio se utilizará para promover un cambio social mediante el uso de la IAP. Asimismo, la información generada sobre la perspectiva propia de las personas implicadas, acerca de su desempeño ocupacional y participación en la comunidad, servirá para contribuir en la bibliografía de terapia ocupacional y otras disciplinas, dando otro foco de actuación y pudiendo complementar los servicios que ofrecen los recursos existentes, abogando por un desarrollo inclusivo.

7. Plan de trabajo

El estudio de investigación se llevará a cabo en un periodo de 12 meses, en los cuales se ha diseñado el estudio mediante las acciones reflejadas en el siguiente cronograma de trabajo (Tabla IV):

Acciones	Tiempo (meses 2017)											
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión bibliográfica	■											
Selección de la muestra		■										
Información y permisos a la asociación y participantes				■								
Recogida de datos					■							
Análisis cualitativo						■						
Elaboración de los resultados							■					
Conclusiones e informe final										■		
Difusión de los datos												■

Tabla IV: Cronograma descriptivo del plan de trabajo. Elaboración propia.

8. Consideraciones éticas

Con el fin de salvaguardar los derechos éticos y legales de los participantes en el estudio, basándonos en la Declaración de Helsinki (45) y en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (46), se crean los documentos indicados anteriormente: información del estudio y consentimiento informado. Dichos documentos adjuntados en los apéndices I, II, y III, serán firmados por ambas partes, siempre y cuando se acepten las condiciones que estos recogen.

Además se presentará una copia de este proyecto ante la Vicerrectoría de Investigación de la Universidade da Coruña (UDC) junto a una solicitud (apéndice V), al Comité de Ética de la UDC (CEUDC), con el fin de obtener un informe favorable que permita el inicio de la investigación.

Por otro lado, toda la información obtenida de las entrevistas, que será transcrita, estará codificada mediante un sistema alfanumérico al que sólo tendrá acceso el investigador, de este modo, aseguramos el anonimato del participante.

Toda actuación profesional desde terapia ocupacional considera como referentes en el ámbito ético los siguientes documentos:

- Código de ética de Terapia Ocupacional aprobado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). (47)
- Código de ética de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). (48)

9. Plan de difusión de los resultados

La difusión de los resultados se realizará una vez finalizado el estudio de investigación, contribuyendo de manera activa en la producción científica de terapia ocupacional y otras disciplinas. Se tendrán en cuenta, principalmente, los ámbitos relacionados con esta investigación: salud mental y terapia ocupacional.

- Revistas internacionales de alto impacto:
 - Annual Review of Psychology (factor de impacto Journal Citation Reports (JCR) 2014: 21.810).
 - Psychological Bulletin (factor de impacto JCR 2014: 14.756)
 - American Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2014: 1.532).
 - Scandinavian Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2014: 1.090)
 - Canadian Journal of Occupational Therapy - Revue Canadienne d'Ergothérapie (factor de impacto JCR 2014: 0.915)
 - Australian Occupational Therapy Journal (factor de impacto JCR 2014: 0.846).
 - Occupational Therapy International (factor de impacto JCR 2014: 0.780)
 - Hong Kong Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2014: 0.667).
 - British Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2014: 0.636).
- Revistas nacionales de alto impacto:
 - Revista de Psiquiatría y Salud Mental (factor de impacto JCR 2014: 1.622).
 - European Journal of Psychiatry – Zaragoza, España (factor de impacto 2014: 0.478).

- Revistas nacionales:
 - Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
 - Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
- Comunidad:

La difusión en la comunidad se realizará mediante diferentes charlas y campañas divulgativas en asociaciones, ayuntamientos, servicios sociales, centros socioculturales, centros de educación, entre otros.
- Congresos; difusión a través de comunicaciones, ponencias, stands y/o pósteres, en la medida de lo posible en los siguientes lugares:
 - Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales - World Federation Occupational Therapist (WFOT), 21-25 mayo 2018. Cape Town, South África.
 - Congreso conjunto COTEC - ENOTHE: Council of Occupational Therapists for european Countries (COTEC) - European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE).
 - Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CITO).
 - Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CIENTO).
 - Jornadas estatales de Terapia Ocupacional.
 - Congreso Ibérico de Terapia Ocupacional.

10. Financiación de los resultados

10.1. Recursos necesarios y presupuesto

Recursos/Materiales	Motivo	Coste
Infraestructura	El lugar para llevar a cabo la recogida de información será el escogido por los participantes según su comodidad.	-
Recursos humanos	1 terapeuta ocupacional a jornada completa	-
	2 investigadores colaboradores Media jornada	600 €/persona/mes
Material inventariable	1 ordenador portátil	500 €
	1 impresora	50 €
	1 grabadora de voz	25 €
Material fungible	Material de oficina (folios, bolígrafos, carpetas, grapadora, pen drive...)	200 €
	5 Tinta de impresora	50 €
Transporte	1 viaje ida y vuelta por día laboral. 0,19 cent/km	30 €

		(entrevistas, observación), y a los sitios de trabajo.	
Otros	1 línea teléfono e internet	Necesaria para ponerse en contacto con los participantes, búsqueda de información...	40 € /mes
Divulgación resultados	1 inscripción por congreso.	Necesario para acceder a los diferentes congresos.	500 € /congreso
	1 alojamiento por congreso.	Hospedaje cercano al lugar de celebración del congreso.	300 € /congreso
	1 transporte por congreso	Desplazamiento hasta el lugar del congreso y en el lugar de celebración.	500 € /congreso
Total			23.045 €

Tabla V: Presupuesto estimado del proyecto. Elaboración propia.

10.2. Posibles fuentes de financiación

Las fuentes de financiación pueden ser de tipo público a nivel estatal, autonómico o local, o bien de tipo privado. A continuación se especifican las convocatorias encontradas para la posible financiación del proyecto:

Tipo entidad u organismo	Entidad u organismo	Convocatoria	Línea de actuación
Público	Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación – Ministerio de Economía y Competitividad.	Retos investigación: Proyectos I+D+i.	Promover la generación de conocimiento científico orientado a la búsqueda de soluciones a los problemas presentados en los retos de la sociedad identificados.
Privado	Obra Social La Caixa.	Convocatoria de interculturalidad y acción social.	Impulsar proyectos que fomenten la igualdad de oportunidades para todas las personas, para la promoción de una sociedad presente y futura más justa y cohesionada.

Obra Social La Caixa.	Convocatoria de autonomía, envejecimiento y dependencia.	Impulsar proyectos para fomentar la vida independiente, la autonomía personal y la calidad de vida de las personas con discapacidad.
Fundación Ibercaja Obra Social.	Convocatoria Ibercaja de Proyectos Sociales.	Colaboración con entidades sin ánimo de lucro de atención a diversos colectivos que se encuentren en riesgo de exclusión social o bien en situación de dependencia social, física o mental.
Fundación BBVA.	Ayudas fundación BBVA a investigadores y creadores culturales.	Apoyo de desarrollo de proyectos personales de investigadores y creadores culturales que, encontrándose en estadios intermedios de su carrera, se caractericen por una producción científica, tecnológica o cultural altamente innovadora.
Fundación Mapfre	Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi	Ayudas para la realización de proyectos de investigación en las siguientes áreas: promoción de la salud, prevención y seguridad vial y/o seguro y previsión social.

Tabla VI: Posibles fuentes de financiación del proyecto. Elaboración propia.

11. Agradecimientos

En primer lugar, a Chus y a Paula por su aportación en la realización de este trabajo, y por compartir conmigo su conocimiento y experiencia.

A mis padres por luchar día a día para que llegue a donde estoy, y en especial a ella por canalizar mis emociones.

A Pablo por su insistencia y aliento constante, y porque “nunca faría nada que ti non fixeras”, por eso tengo mucho margen.

Por supuesto, a Alba y a Lucía por la convivencia, por compartir esta etapa de vida construyendo una amistad, y por todos esos debates y dudas que tanto enriquecieron este trabajo.

No sin olvidarme de mi compañera de prácticas y amiga Inés, la cual ayudó, entre cafés, a la idea de este proyecto. Gracias por compartir tanto.

Y, por último, una mención especial a Jake Sully, por el apoyo incondicional, la motivación y la inspiración en los días de frustración y desesperanza durante estos cuatro años. Por las largas noches de parchís, los refrigerios con pincho (y sin él) y las conversaciones desde el balcón. Por todo esto, por SER y por ESTAR, muchas gracias.

12. Apéndices

12.1. Apéndice I: Consentimiento informado para la asociación.

Título: *“Desempeño ocupacional y participación comunitaria en salud mental: una perspectiva de desarrollo inclusivo”*.

D/Dña. _____ me dirijo a usted con el fin de solicitar la autorización para entrar al campo (usuarios de la asociación) y llevar a cabo el siguiente estudio de investigación:

El objetivo de la investigación es hacer partícipes y agentes activos a las personas con problemas de salud mental, que acuden a un recurso de atención de estas características, en la descripción de una problemática social y en la generación de un cambio a través de las propuestas formuladas conjuntamente. El foco central del trabajo radica en la participación que llevan a cabo en su comunidad las personas con problemas de salud mental y a la inclusión.

La recogida de los datos se realizará mediante entrevistas, siempre obteniendo previamente el consentimiento informado de los participantes. La información aportada por las personas implicadas, será utilizada para la realización del estudio, además de ser el punto de partida para construir conjuntamente estrategias de cambio de posibles situaciones detectadas por ellas mismas. Se garantiza en todo momento el anonimato de los participantes.

Muchas gracias por su colaboración.

Fdo.:

Título: *“Desempeño ocupacional e participación comunitaria en saúde mental: unha perspectiva de desenvolvemento inclusivo”.*

D/Dña. _____ diríxome a vostede co fin de solicitar a autorización para entrar ao campo (usuarios da asociación) e levar a cabo o seguinte estudo de investigación:

O obxectivo da investigación é facer partícipes e axentes activos ás persoas con problemas de saúde mental que acoden a un recurso de atención destas características, na descripción dunha problemática social e na xeración dun cambio a través das propostas formuladas conxuntamente. O foco central do traballo radica na participación que desenvolven na súa comunidade as persoas con problemas de saúde mental e á inclusión.

A recollida dos datos realizarase mediante entrevistas, sempre obtendo previamente o consentimento informado dos participantes. A información aportada polas persoas implicadas, será utilizada para a realización do estudo, ademáis de ser o punto de partida para construír conxuntamente estratexias de cambio de posibles situacións detectadas por elas mesmas. Garantízase en todo momento o anonimato dos participantes.

Moitas grazas pola súa colaboración.

Asdo.:

12.2. Apéndice II: Hoja de información al participante.

Hoja de información al participante.

Título del estudio: “*Desempeño ocupacional y participación comunitaria en salud mental: una perspectiva de desarrollo inclusivo*”.

Investigadora: Mélanie Arias Bouzamayor.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de opinión retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio es hacerle partícipe y agente activo en la descripción de una problemática social y en la generación de un cambio a través de las propuestas formuladas conjuntamente. La descripción inicial se basa en conocer las actividades que usted realiza a lo largo del día, tanto en el centro como en su comunidad, la satisfacción con su situación actual en cuanto a la participación comunitaria y si detecta alguna problemática que está interesado/a en cambiar. La generación del cambio sería la segunda parte de la investigación, en la cual, con el soporte y la guía del investigador, usted formularía propuestas y maneras de llevarlas a cabo, basadas en sus intereses y aspiraciones relacionadas con temática.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted es invitado a participar porque cumple los criterios conformados en el protocolo de investigación para este estudio. Estos criterios sirven para seleccionar la población que podrá responder a la pregunta de la investigación.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en colaborar e implicarse en cambiar una situación con la que no esté conforme actualmente (en caso de darse), referente a la participación en su comunidad. Para ello, en un primer paso se realizará una entrevista semiestructurada en la cual se conocerán las actividades que realiza a lo largo del día, la satisfacción con su situación actual en cuanto a la participación comunitaria y si detecta alguna problemática, para co-construir de manera conjunta posteriormente, planes de acción que generen el cambio en el que esté interesado. En dicha entrevista podrá expresar libremente su opinión sobre los temas tratados. En cualquier momento podrá negarse a responder cualquiera de las preguntas que se le formulen y opinar con libertad.

El investigador grabará la entrevista y hará su correspondiente transcripción eliminando los datos que puedan identificar a la persona participante. Además, el investigador podrá tomar anotaciones sobre observaciones que puedan resultar de importancia para contribuir al análisis de la problemática y su implicación en la generación del cambio.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

La participación en esta investigación NO presenta ningún riesgo asociado.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Su implicación y participación en este proceso repercutirá directamente en la situación que se pretenda cambiar, por lo que los beneficios que obtendrá serán aquellos que se construyan conjuntamente a lo largo de la investigación. Además la investigación también pretende dar a conocer la información que se obtenga de este proceso, ya que podría ser útil y servir de ejemplo en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Toda la información tratada por el investigador será fruto de sus aportaciones, participación e implicación en el proceso, por lo tanto, siempre será conocedor de la información manejada. No obstante, si lo desea, se le facilitará una copia en formato físico.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme al dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Ud. podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitándolo al investigador.

Sólo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros

países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio de modo codificado, que quiere decir que poseen un código con el que sólo el equipo investigador podrá conocer a quién pertenecen.

El responsable de la custodia de los datos es Mélanie Arias Bouzamayor. Al terminar el estudio se hará que los datos sean anónimos.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Ninguna de las personas implicadas en el estudio (participantes, investigador, directores y equipo de la asociación) recibirán retribución alguna por su dedicación al mismo.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Mélanie Arias Bouzamayor en el teléfono XXX-XXX-XXX o el correo electrónico xxxxxxxx@xxx.xx

Muchas gracias por su colaboración.

Folla de información ao participante.

Título do estudo: “*Desempeño ocupacional e participación comunitaria en saúde mental: unha perspectiva de desenvolvemento inclusivo*”.

Investigadora: Mélanie Arias Bouzamayor.

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada do investigador, **ler antes este documento** e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo. Se así o desexa, pode levar o documento, consultalo con outras persoas, e tomar o tempo necesario para decidir se participar ou non.

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións.

Cal é o propósito do estudo?

O propósito do estudo é facelo partícipe e axente activo na descrición dunha problemática social e na xeración dun cambio a través das propostas formuladas conxuntamente. A descrición inicial basase en coñecer as actividades que vostede realiza ao longo do día, tanto no centro como na súa comunidade, a satisfacción coa súa situación actual en canto á participación comunitaria e se detecta algunha problemática que esté interesado en cambiar. A xeración do cambio sería a segunda parte da investigación, na cal, có soporte e a guía do investigador, vostede formularía propostas e xeitos de levalas a cabo, baseadas nos seus intereses e aspiracións relacionadas coa temática.

Por que me ofrecen participar a min?

Vostede é convidado a participar porque cumpre os criterios conformados no protocolo de investigación para este estudo. Estes criterios serven para seleccionar a poboación que poderá responder ao interrogante da investigación.

En que consiste a miña participación?

A súa participación consiste en colaborar e implicarse en cambiar unha situación coa que non estea conforme actualmente (en caso de darse), referente á participación na súa comunidade. Para isto, nun primeiro paso realizarase unha entrevista semiestructurada na cal se coñecerán as actividades que realiza ao longo do día, a satisfacción coa súa situación actual en canto á participación comunitaria e se detecta algunha problemática, para co-construir de xeito conxunto posteriormente, plans de acción que xeren o cambio no que estea interesado. En dita entrevista poderá expresar libremente a súa opinión sobre as preguntas efectuadas. En calquera momento poderá negarse a responder calquera das preguntas que se formulen e opinar con liberdade e sen censura. O investigador gravará a entrevista e fará a súa correspondente transcripción eliminando os datos que poidan identificar á persoa participante. Ademais, o investigador poderá tomar anotacións sobre observacións que poidan resultar de importancia para responder á pregunta de estudo.

Que molestias ou inconvintes ten a miña participación?

A participación nesta investigación non presenta riscos asociados.

Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que Vd. obteña beneficio directo por participar no estudo. A investigación pretende descubrir aspectos descoñecidos ou pouco claros

sobre as actividades realizadas ao longo do día e a inclusión na comunidade. Esta información poderá ser de utilidade nun futuro para outras persoas.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Toda a información tratada polo investigador será fruto das súas aportacións, participación e implicación no proceso, polo tanto sempre será coñecedor da información manexada. Non obstante, se o desexa, facilitarállese una copia en formato físico.

Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo serán remitidos a publicacións científicas para a súa difusión, pero non se transmitirá ningún dato que poida levar á identificación dos participantes.

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

O tratamento, comunicación e cesión dos seus datos farase conforme ao disposto pola Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. En todo momento, Vd. poderá acceder aos seus datos, opoñerse, corrixilos ou cancelalos, solicitándoo ante o investigador.

Só o equipo investigador, e as autoridades sanitarias, que teñen deber de gardar a confidencialidade, terán acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser identificada. No caso de que algunha información sexa transmitida a outros países, realizarase cun nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, ao esixido pola normativa do noso país.

Os seus datos serán recollidos e conservados até rematar o estudo de modo codificado, que quere dicir que posúen un código co que só o equipo investigador poderá coñecer a quen pertencen.

O responsable da custodia dos datos é Mélanie Arias Bouzamayor. Ao rematar o estudo farase que os datos sexan anónimos.

Existen intereses económicos neste estudo?

Ningunha das persoas implicadas neste estudo (participantes, investigador, directores e equipo da asociación) recibirán retribución algunha pola súa adicación ao estudo.

Como contactar co equipo investigador deste estudo?

Vd. pode contactar con Mélanie Arias Bouzamayor no teléfono XXX-XXX-XXX ou enderezo electrónico xxxxxxxx@xxx.xx

Moitas grazas pola súa colaboración.

12.3. Apéndice III: Consentimiento informado para participantes.

Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación.

Título del estudio: *“Desempeño Ocupacional y participación comunitaria en salud mental: una perspectiva de desarrollo inclusivo”*.

Yo, (nombre y apellidos) _____

- He leído la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Mélanie Arias Bouzamayor y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Respeto a la conservación y utilización futura de los datos detallados en la hoja de información al participante,

- NO accedo a que mis datos y/o muestras sean conservados una vez terminado el presente estudio.
- Sí accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
- Sí accedo a que los datos se conserven para los usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con el presente estudio, y en las condiciones mencionadas anteriormente.

En cuanto a los resultados:

- DESEO obtener una copia de los resultados del estudio.
- NO DESEO obtener una copia de los resultados del estudio.

Fdo.: El/la participante,

Fdo.: La investigadora,

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

A Coruña, ___ de _____ de 20__

Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación.

Título do estudo: Desempeño Ocupacional e participación comunitaria en saúde mental: una perspectiva de desenvolvemento inclusivo.

Eu, (nome e apelidos) _____

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Mélanie Arias Bouzamayor e facer todas as preguntas sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar neste estudo.

Respeto á conservación e utilización futura dos datos detallados na folla de información ao/á participante,

- NON accedo a que os meus datos e/ou mostras sexan conservados unha vez rematado o presente estudo.
- SÍ accedo a que os meus datos se conserven unha vez terminado o estudo sempre e cando sexa imposible, incluso para os investigadores, identificalos por ningún medio.
- SÍ accedo a que os datos se conserven para os usos posteriores en liñas de investigación relacionadas co presente estudo, e nas condicións mencionadas anteriormente.

En canto aos resultado:

- DESEXO obter unha copia dos resultados do estudio.
- NON DESEXO obter unha copia dos resultados do estudio.

Asdo.: O/a participante,

Asdo.: A investigadora,

Nome e apelidos:

Nome e apelidos:

A Coruña, ____ de _____ de 20__

12.4. Apéndice IV: Guión de la entrevista semiestructurada.

- ¿Cuáles son las actividades que realizas en el centro?
- ¿Cuáles son las actividades que realizas fuera del centro?
- ¿Vives solo/a?
- ¿Acudes a alguna actividad o recurso de la comunidad que no tenga que ver con la atención a la salud mental?
- ¿Crees que tienes las mismas oportunidades de participar en la comunidad que una persona sin problemas de salud mental?
- ¿Te sientes bien con el grado en el que participas en la comunidad?
¿Cambiarías algo? ¿Qué propondrías para cambiarlo? ¿cómo lo llevarías a cabo?
- ¿En alguna ocasión has detectado alguna situación en la que te hayan discriminado por tener un trastorno mental?
- ¿Crees que existe alguna problemática social y/o política que actúa como barrera o dificultando que participes en la comunidad y la inclusión social?

12.5. Apéndice V: Solicitud al Comité de Ética de la UDC

Nombre del solicitante: Mélanie Arias Bouzamayor.

Teléfono de contacto: XXX XXX XXX

Correo electrónico de contacto: xxxxxxxx@xxx.xx

Por la presente se solicita la evaluación del proyecto “*Desempeño ocupacional y participación comunitaria en salud mental: una perspectiva de desarrollo inclusivo*” por parte del Comité Ético de la Universidade da Coruña. El objetivo principal del mismo es conocer las experiencias de desempeño ocupacional de las personas con trastorno mental grave que acuden a un recurso de atención comunitario, para diseñar una acción conjunta cuya finalidad sea promover la inclusión social a través de las ocupaciones. Utilizando la metodología cualitativa de investigación-acción-participación con el fin de capacitar y empoderar a las personas con trastorno mental grave, a través de su implicación en la investigación y de la generación de acciones de cambio respecto a la participación en la comunidad.

Se adjunta una copia del proyecto en formato papel y otra en formato digital.

Fdo.:

En A Coruña, a ___ de _____ del 20__.