



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2016-2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**El diagnóstico como factor influyente en el
desempeño ocupacional de las personas en
el ámbito de la Salud Mental.**

Patricia Pazos Abeleira

Junio 2017

“Denunciar que obviando nuestras biografías, atiborrándonos de medicamentos sin hacernos demasiadas preguntas, ignorando el sentido de nuestras voces o de la realidad que ficcionamos, o señalando únicamente a nuestra genética como responsable, se soterran diversos males sociales de los que somos víctimas irresponsables y sobre los que el conjunto social tiene la responsabilidad de trabajar para evitar que el mundo en el que vivimos sea una fábrica de seres sufrientes.”

(Patricia Rey Artime, polidiagnosticada y miembro de Xixón Voice)

Directoras:

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

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

Índice

RESUMEN.....	5
RESUMO.....	7
ABSTRACT	8
1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	9
1.1. Salud Mental y diagnóstico.....	9
1.2. Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental.....	11
1.3. Bioética y Salud Mental.....	14
1.3.1. <i>Principio de no maleficencia</i>	15
1.3.2. <i>Beneficencia</i>	15
1.3.3. <i>Justicia</i>	15
1.3.4. <i>Autonomía</i>	15
1.4. Terapia Ocupacional y Salud Mental.....	16
2. BIBLIOGRAFÍA	24
3. HIPÓTESIS.....	36
4. OBJETIVOS	37
5. METODOLOGÍA.....	38
5.1. Abordaje metodológico.....	38
5.2. Ámbito de estudio.....	38
5.3. Entrada al campo	39
5.4. Población de estudio.....	40
5.5. Muestra	42
5.5.1. <i>Perfiles de los participantes</i>	42
5.6. Búsqueda bibliográfica.....	44
5.7. Técnicas de recogida de la información.....	45
5.8. Plan de análisis de la información.....	47
5.9. Criterios de rigor en la investigación.....	48
5.10. Aplicabilidad	49
5.11. Limitaciones y fortalezas del estudio.....	50
6. PLAN DE TRABAJO	52

7. ASPECTOS ÉTICOS	54
8. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	55
8.1. Congresos	55
8.2. Revistas internacionales	56
8.3. Revistas Nacionales	57
8.4. Comunidad	57
9. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	58
9.1. Recursos necesarios	58
9.2. Posibles fuentes de financiación	59
10. AGRADECIMIENTOS.....	61
APÉNDICES.....	62

Índice de tablas.

Tabla I. Población de estudio	41
Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión para los usuarios	42
Tabla III. Perfiles	43
Tabla IV. Límites de las búsquedas bibliográficas	45
Tabla V. Cronograma	53
Tabla VI. Revistas Internacionales	56
Tabla VII. Recursos	59
Tabla VIII. Posibles fuentes de financiación.....	60

RESUMEN.

Título: El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

Introducción: El diagnóstico de Salud Mental puede afectar al desempeño ocupacional de quienes lo reciben, influyendo en la participación de sus ocupaciones significativas en sus entornos cotidianos. Los problemas de salud mental pueden estar ligados al estigma social y a su vez, al rol de enfermo lo que condiciona su participación en la comunidad, y por lo tanto su inclusión. El Terapeuta ocupacional tiene las competencias para facilitar y proveer a la persona de las oportunidades de participación en la comunidad y en sus ocupaciones significativas que promuevan su recuperación en sinergia con los demás profesionales del equipo interdisciplinar.

Objetivo: Explorar cómo los usuarios del servicio de Salud Mental perciben sus necesidades, su situación vital y su interacción social tras la categorización de su malestar psíquico.

Metodología: La metodología utilizada es cualitativa enmarcada dentro del paradigma fenomenológico bajo un enfoque constructivista; puesto que se pretende describir la realidad desde la perspectiva de los participantes. Para la recolección de datos se emplearán la entrevista semi-estructurada, el grupo de discusión y el cuaderno de campo.

Palabras clave: *Salud Mental, Terapia Ocupacional, diagnóstico, estigma.*

Tipo de estudio: Proyecto de investigación.

RESUMO.

Título: O diagnóstico como factor influínte no desempeño ocupacional das persoas no ámbito da Saúde Mental.

Introdución: O diagnóstico de Saúde Mental pode afectar ao desempeño ocupacional de quen o recibe, influíndo na participación das súas ocupacións significativas nas súas contornas cotiás. Os problemas de saúde mental poden estar ligados ao estigma social e á súa vez, ao rol de enfermo, o que condiciona a súa participación na comunidade, e por tanto a súa inclusión. O Terapeuta ocupacional ten as competencias para facilitar e prover á persoa das oportunidades de participación na comunidade e nas súas ocupacións significativas que promovan a súa recuperación en sinerxia cos demais profesionais do equipo interdisciplinar.

Obxectivo: Explorar como os usuarios do servizo de Saúde Mental perciben as súas necesidades, a súa situación vital e a súa interacción social tras a categorización do seu malestar psíquico.

Metodoloxía: A metodoloxía utilizada é cualitativa enmarcada dentro do paradigma fenomenolóxico baixo un enfoque constructivista; posto que se pretende describir a realidade desde a perspectiva dos participantes. Para a recolección de datos empregaranse a entrevista semi-estruturada, o grupo de discusión e o caderno de campo.

Palabras clave: *Saúde Mental, Terapia Ocupacional, diagnóstico, estigma.*

Tipo de estudo: Proxecto de investigación.

ABSTRACT.

Title: The diagnosis as influential factors in occupational performance of people in Mental Health setting.

Introduction: The diagnosis of Mental Health can affect the occupational performance of those who receive it, influencing the participation of their significant occupation in their every environment. Mental health problems can be linked to social stigma and in turn to the role of the patient which conditions their participation in the community and therefore their inclusion. Occupational Therapy has competencies which facilitate and provide the person the opportunities of participation in the community in their significant occupation that promotes their recovery in synergy with other professionals of an interdisciplinary group.

Objective: To explore how users mental services perceive their needs, their main situation and social interaction after the categorization of their psychic discomfort.

Method: The method used is qualitative, framed within the phenomenological paradigm under a constructive approach. Since it is intended to describe the reality from the perspective of the participants. A semi structured interview, group discussion and field work will be employed to collect data.

Key Words: *Mental Health, Occupational Therapy, diagnosis, stigma.*

Type of study: Research project.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

1.1. Salud Mental y diagnóstico.

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. Asimismo, considera la Salud Mental como *“un estado de bienestar en el que 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”*².

El concepto de bienestar se encuentra íntimamente ligado al de calidad de vida. Este término, ha sido conceptualizado y medido con mayor rigor durante los años 90, a fin de basar el enfoque en la evidencia³, produciendo de esta forma, un alejamiento del modelo biomédico provocado por la necesidad de una visión más holística⁴, conllevando así, a un cambio de paradigma en la atención a personas con trastornos mentales crónicos⁵. En el ámbito de la Salud Mental, la calidad de vida busca mejorar las condiciones vitales de las personas con trastornos mentales, teniendo en cuenta sus necesidades individuales^{6,7}. La definición de calidad de vida más utilizada en la comunidad científica la propuso Schalock *“la calidad de vida refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos”*⁸.

Según la OMS, una de cuatro personas, padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, las cuales representan el 12,5% de todas las patologías. Además entre un 35-50% de las personas con enfermedad mental de los países occidentales no recibe ningún tipo de tratamiento y el 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida⁹.

El National Institute of Mental Health (NIMH) considera Trastorno Mental Grave (TMG) una alteración psiquiátrica que produce malestar subjetivo y entorpece la adaptación de la persona a sus entornos próximos¹⁰. Los datos en España, indican que el 2,5-3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave. La esquizofrenia afecta al 0,7% de la población española, y el trastorno bipolar al 0,5%, siendo las familias las que asumen la mayor parte de los cuidados¹¹. Según un estudio llevado a cabo para estimar la prevalencia y comorbilidad de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en España, los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos afectivos (35,8%), de ansiedad (25,6%) y somatomorfos (28,8%)¹².

El término diagnóstico tiene su origen etimológico en el griego; el prefijo "día-", a través de y "gignosis", conocimiento. Por lo que significa: conocer a través de. El diagnóstico en medicina, consiste en determinar la enfermedad que padece una persona a través de los síntomas y signos. Se considera que los diagnósticos médicos, atribuibles a través de síntomas, aportan la causa y/o el pronóstico del problema existente, además de las herramientas necesarias para su solución; sin embargo, en el caso de la Salud Mental, el diagnóstico categoriza las experiencias vividas por la persona sin aportar la causa y pronóstico de las mismas¹³.

Como afirma el Psiquiatra Allen Frances *"desgraciadamente en la psiquiatría no tenemos pruebas biológicas, los diagnósticos se basan en juicios falibles y subjetivos"*¹⁴. Los diagnósticos son categorizaciones reduccionistas cuya función es interpretar la realidad existente, esta interpretación provoca la pérdida de la singularidad de la persona¹³, la OMS señala que la Salud Mental individual está determinada por distintos factores sociales, psicológicos y biológicos, pero que también existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que provocan que una persona sea más vulnerable a padecer algún trastorno mental⁹.

Asimismo, el Psiquiatra Ortiz Lobo considera que los diagnósticos categoriales son *“herramientas reduccionistas que limitan en la práctica clínica la comprensión de la singularidad de cada individuo, cosifican su esencia y no captan la realidad, sino que la interpretan”*¹⁵.

Dicha categorización es realizada por los clínicos a través del Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – DSM (Manual diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría). Este manual define el Trastorno Mental como *“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”*¹⁶.

Un grupo amplio de psiquiatras, liderados por Allen Frances, director del DSM-IV, han lanzado diversas críticas al DSM-V sobre la aparición de diagnósticos atribuibles a la mayoría de la sociedad además de un aumento considerable de los diagnósticos psiquiátricos¹⁴. De la misma forma el NIMH rechaza el uso del DSM-V. Su director, Thomas Insel, asegura que *“los pacientes necesitan algo mejor, la debilidad está en la falta de validez”*. Insel considera esta clasificación como un consenso sobre agrupaciones de síntomas, cuya consideración en solitario no focaliza el mejor tratamiento. Además, el NIMH añade que el DSM-V no recoge la naturaleza de las categorías diagnósticas, y por lo tanto, interrumpen la investigación de la Salud Mental¹⁷.

1.2. Latrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental.

El término prevención cuaternaria fue acuñado por el médico Belga Marc Jamouille en 1995 definido como *“el conjunto de actividades que se realizan para evitar, disminuir y/o paliar el daño producido por las actividades cotidianas”*¹⁸. La definición más usada es la de Gérvas que la define como *“la prevención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad*

innecesaria o excesiva del sistema sanitario” ⁽¹⁹⁾; esta actividad recibe el nombre de iatrogenia.

En Salud Mental, esta prevención incluye respaldar y evitar el sobret ratamiento farmacológico y psicoterapéutico, así como su uso inadecuado e innecesario²⁰. Como defienden Sàinz y Talarn existe el riesgo de convertir situaciones cotidianas de las personas en enfermedades mentales o trastornos psicológicos cuya base de tratamiento se asienta en la medicalización, además, añaden *“tendemos a pensar que todo aquello que perturbe nuestro bienestar es una enfermedad o un trastorno”*²¹.

Kishore considera la medicalización como *“la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”*²². Hacer prevención cuaternaria en una consulta es cumplir el objetivo científico de la Medicina, que explora *“la máxima calidad de vida con la mínima cantidad tan cerca del paciente como sea posible”*²³.

Existen escasos fármacos psiquiátricos utilizados en un amplio abordaje de trastornos: hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos y psicoestimulantes²⁴. El investigador Peter Gotzsche manifiesta que los antipsicóticos son medicamentos tóxicos y producen daño cerebral permanente y añade que *“los antipsicóticos no curan la psicosis sino que tranquilizan a la gente, pero también arrebatan a las personas parte de sus emociones, parte de sus pensamientos normales. Algunos de ellos se convierten en zombies, que no pueden hacer nada”*²⁵.

Así, la prescripción debe estimarse como un proceso complejo donde debe tenerse en cuenta la relación beneficio-daño y la posibilidad del no tratamiento, evitando así la exposición de la persona a los daños adversos de un método impropio. Es necesario conocer a la persona que tenemos delante, escuchar y entender su sufrimiento, contextualizándolo dentro de su historia vital y desvinculándolo de lo patológico²⁶.

Ortiz Lobo²⁷ sostiene que los daños producidos por los psicofármacos son superiores en las poblaciones más vulnerables, ejemplo de ello, es la utilidad de los neurolepticos en personas mayores con deterioro cognitivo a fin de controlar sus conductas. Además, la utilización de los psicofármacos en numerosas enfermedades dermatológicas relacionadas con el estrés es cada vez más frecuente²⁸.

Por otra parte, el internamiento es considerado como un procedimiento coercitivo. La Ley de Enjuiciamiento civil recoge el funcionamiento de los internamientos por razones psíquicas de los individuos considerados que no se encuentran en condiciones para decidirlo por sí mismos. Denominada *“internamiento no voluntario por razón de un trastorno psíquico”* y regulada en el artículo 763 de la Ley *“por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí”*²⁹. El internamiento involuntario constituye una restricción de la libertad humana, derecho reconocido en el artículo 17 de la constitución, que recoge que *“toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con observación de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley”*³⁰.

Launer³¹ considera que la expresión y comprensión de la psicopatología está íntimamente ligada a la cultura, esto implica el uso de la etiología para explicar el sufrimiento subjetivo; los antropólogos Kardiner³² y Linton³³ defendieron a la cultura como un determinante de experiencias tempranas y un contribuyente esencial a la formación de la personalidad. Freud sostenía que *“además de la enfermedad es preciso tener en cuenta el valor de una persona en otros campos”*³⁴. Ortiz Lobo defiende que *“buena parte de los malestares y problemas menores de salud mental se van a beneficiar muy poco de nuestras intervenciones psicológicas o psicofarmacológicas porque tienen su raigambre en problemáticas de otra índole (social, laboral, económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario) y muchos otros se van a resolver espontáneamente”*²⁷.

1.3. Bioética y Salud Mental.

La moral es una de las formas de conciencia social que refleja las condiciones de vida de los humanos, es histórica y concreta, y de esta forma, relativa y cambiante, cuyo desarrollo es progresivo con la marcha de la sociedad³⁵.

La ética (del latín “ethica” “filosofía moral”) proviene del griego “*ethos*” cuyo significado es *carácter*. Su objeto de estudio es la moral y la acción humana, analizando el fundamento de los comportamientos³⁶ y remontando sus orígenes a la filosofía moral en la Grecia clásica, Maglio, citando a Aristóteles en “Ética para Nicómaco” la define como “*la búsqueda de la felicidad orientada por la razón, es la inteligencia aplicada a la conducta y se identifica con el bien de obrar y el bien de vivir*”³⁷.

La bioética es una rama de la ética que pretende promover los principios de la conducta humana en el campo biomédico. Proviene del griego “*bios*” y “*ethos*”: “*ética de la vida*”. El criterio ético imprescindible de esta disciplina es el respeto al ser humano, a sus derechos y a su bien verdadero e integral, es decir, a la dignidad de la persona³⁸. Considerada una disciplina relativamente nueva, ha sido acuñada por el médico norteamericano Van Rensselaer Potter³⁹, quien utilizó en 1970 el término por primera vez. Las primeras declaraciones de la bioética surgen tras el descubrimiento de los experimentos médicos llevados a cabo por el régimen de Hitler en los campos de concentración⁴⁰.

Es necesario que unas normas morales guíen nuestra práctica profesional y defiendan y respeten los derechos de las personas con las que se trabaja, considerando así algunos principios de la bioética. Los derechos fundamentales de los seres humanos que padecen sufrimiento psíquico son idénticos a los derechos del resto de la sociedad. El objetivo de la bioética tal y como lo concibieron en el Hastings Center y en el Instituto Kennedy era fortalecer el debate y el diálogo interdisciplinar entre la

medicina, la filosofía y la ética, lo que infirió una valiosa renovación de la ética médica tradicional⁴¹.

En 1979, los bioeticistas Beauchamp y Childress formularon cuatro principios de la bioética: principio de no maleficencia, principio de beneficencia, principio de autonomía y principio de justicia⁴².

1.3.1. Principio de no maleficencia.

No hacer el mal, es el principio general desde donde parte todo profesional de la salud. El trabajo con seres humanos no puede ser experimental ni perjudicial para la persona. Ejemplo de ello es cuando no se realiza adecuadamente una historia clínica, se prescriben numerosos fármacos, de forma incorrecta o sin considerar sus efectos secundarios, o la realización de una intervención dañina para la persona, entre otros⁴³.

1.3.2. Beneficencia

Hacer el bien, hacer lo deseable para todos en las mismas circunstancias, proporcionando acceso a los cuidados sanitarios necesarios y adecuados, así como la regulación del apoyo económico⁴⁴.

1.3.3. Justicia

Reconocer la igualdad de oportunidades para todos, sin que exista discriminación basada en criterios económicos, sexo, edad, sociales, raciales, entre otros⁴⁴.

1.3.4. Autonomía

Derecho de la persona a usar plenamente su razón, responsabilidad y capacidad para establecer los límites en que le gustaría ver respetada su autoridad en las situaciones límites. Este principio reconoce la capacidad de la persona de tomar decisiones voluntariamente.

En psiquiatría, no es respetado cuando se manipula la información, cuando la persona no conoce la misma y cuando el rechazo a una intervención no es reconocida. Este principio recoge el consentimiento informado y las voluntades anticipadas⁴⁵.

- Otros principios éticos que deben considerarse son⁴⁶ :
 - **Confidencialidad:** el consentimiento informado constituye un proceso fundamental en Ciencias de la Salud. Toda la información obtenida como consecuencia a la práctica del profesional de la salud debe ser sigilosa.
 - **Privacidad:** la información obtenida debe ser confidencial y privilegiada, velando por la seguridad de los archivos.
 - **Fidelidad:** este principio hace referencia al establecimiento de pactos derivados de la relación persona-profesional.

Por lo tanto, no es suficiente con suponer si una determinada práctica beneficia a la persona (principio de beneficencia), sino que también debe tenerse en cuenta los posibles daños y beneficios de la práctica que se va a realizar (principio de no maleficencia), además de ofrecer la información a la persona y respetar sus decisiones (principio de autonomía) y ofrecer atención a todas las personas en condiciones de igualdad de los recursos sanitarios (principio de justicia).

1.4. Terapia Ocupacional y Salud Mental.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la Terapia Ocupacional (TO) desde el año 2012 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. El objetivo principal de la TO es permitir que la gente pueda participar en actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales trabajan con las personas y las*

comunidades para mejorar su capacidad de participación en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan”, entendiéndola ocupación como “aquellas actividades cotidianas que organizan el día a día de las personas y que dotan de significado a su vida”⁴⁷.

El concepto de alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. El primero en considerar la relevancia de que el terapeuta tenga interés y una actitud comprensiva hacia la persona que favorezca una relación positiva fue Freud⁴⁸ en 1912. Comienza a entenderse así la relación entre el terapeuta y la persona como una interacción entre seres humanos, surgiendo así el concepto de alianza terapéutica utilizado por Greenson⁴⁹.

Bordin define la alianza terapéutica como el instante donde se da *“un encaje y colaboración entre el cliente y terapeuta”⁵⁰*. Mosey sostiene que *“la capacidad de establecer una relación, empatizar y guiar a los otros a conocer y utilizar el potencial como participantes en una comunidad ilustra el arte de la Terapia Ocupacional”⁵¹*.

Según Joyce Cary *“todo arte es la combinación de un hecho con el sentimiento que suscita”*, es decir, el Terapeuta Ocupacional a partir de sus sentimientos hace uso de su estado de ánimo como una herramienta terapéutica⁵².

Consecuentemente, la relación terapéutica es un aspecto fundamental de la TO. En palabras de Yerxa *“la auténtica Terapia Ocupacional requiere que el terapeuta, en cualquier acto profesional, defina la profesión y al hacerlo entre una relación recíproca caracterizada por el cuidado mutuo y que cuidar significa ser afectado por el otro, así como seguramente significa afectar al otro”*. Así la alianza terapéutica, junto con la práctica centrada en la persona, en la ocupación y basada en la evidencia, fundamentan el paradigma contemporáneo de nuestra profesión⁵¹.

El modelo de relación intencional de Taylor⁵³ sugiere que la relación entre la persona y el terapeuta forma parte del proceso de la TO. Considera que la alianza terapéutica se compone de cuatro elementos: cliente, terapeuta, sucesos interpersonales y la ocupación. Considera que el cliente es el eje central de la intervención, siendo responsabilidad del terapeuta llevar a cabo una buena relación con el individuo y responder correctamente cuando tengan lugar sucesos interpersonales.

Kielhofner defiende que la habilidad interpersonal es aplicada por el terapeuta fortaleciendo así la relación con el cliente. En sus propias palabras *“el cuidado a sí mismo del terapeuta y su desarrollo profesional: conociendo y dirigiendo sus propias reacciones emocionales con los clientes y siendo responsable de esas reacciones, una aptitud general para la introspección, una habilidad para dirigir su vida personal y buscar apoyo cuando sea necesario y la aptitud para mantener una perspectiva teniendo en cuenta los resultados del cliente”*⁵⁴.

Wilcock⁵⁵ acoge que a través de las ocupaciones las personas participan y contribuyen a la creación y desarrollo de su comunidad. Además, añade que el bienestar psicológico y social está ligado con la capacidad del ser humano para llevar a cabo ocupaciones que son valoradas socialmente. Reed y Sanderson⁵⁶ hacen hincapié en que la realización de distintas ocupaciones a lo largo de la vida del individuo contribuye a la maduración sensorial, física y psicológica, al desarrollo emocional y social y a la adquisición de habilidades y destrezas que permiten su adaptación al entorno.

Kielhofner⁵⁷ respalda la importancia de la naturaleza ocupacional de los seres humanos, ya que considera que la ocupación es inherente a las personas.

En esta línea, Bronfenbrenner⁵⁸ sostiene en su modelo bioecológico del desenvolvimiento humano que toda situación que vive una persona se da en un ambiente determinado que repercute sobre la conducta humana, defiende que el ambiente se estructura en diferentes niveles: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El contexto ecológico más amplio lo constituyen las cualidades de la comunidad: pobreza, ausencia de servicios, desorganización social, entre otros. De ahí, su conexión con la TO y el trabajo con las comunidades.

La Declaración de Ottawa entiende que para la promoción de la salud, es necesaria la promoción de unas relaciones saludables entre seres humanos, otros organismos vivos, sus ecosistemas, hábitos y formas de vida⁵⁹. Montero sostiene que *“se considera a la comunidad como un grupo social, dinámico e histórico en constante transformación y que en su interrelación generan pertenencia, identidad social y conciencia de sí mismo como comunidad. Este grupo social y dinámico comparte problemas e intereses en un tiempo y espacio determinado, y genera formas propias de organización”*⁶⁰.

Clark et al defienden que *“debemos empezar a construir teorías que eluciden las razones por las que una persona elige una actividad antes que otra, ahondando en la historia de vida de la persona para obtener un sentido de la complejidad de factores que influyen de manera última en cómo decide uno vivir su propia vida respecto de su trabajo, ocio, descanso y juego”*⁶¹.

Además se enfrenta a situaciones de exclusión social determinadas por la existencia del estigma, definido por Goffman como *“atributo personal negativo hacia una persona diferente del resto y tornada a una categoría inferior”*⁶². Corrigan y Watson⁶³ señalan los rasgos cognitivos y conductuales del estigma en Salud Mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y

emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio).

El autoestigma aparece cuando las personas que presentan malestar de Salud Mental aceptan los prejuicios de la sociedad, volviéndolos contra sí mismos, lo que deriva en una falta de confianza personal. Para Goffman⁶² el diagnóstico psiquiátrico es el punto de partida del reconocimiento público de la enfermedad, que da lugar a la aceptación de la pérdida de personalidad del individuo, lo que a su vez fundamenta el reconocimiento de la incapacidad del individuo y su exclusión social.

Apunta Kielhofner que “el conocimiento de que uno es menos capaz que los otros o de lo que uno fue alguna vez puede ser una fuente considerable de dolor emocional. Por esa razón algunos se desvían de su camino para evitar situaciones que brindan oportunidades para el fracaso... cuando la vergüenza o el temor al fracaso de una persona gobierna su sentido de capacidad no hay incentivos para tomar riesgos, para aprender nuevas habilidades o para aprovechar mejor lo que uno tiene”⁶⁷.

Entre la controversia salud-enfermedad, los aspectos relacionados con estar sano se asocian a la calidad de vida mientras que los aspectos negativos se reconocen como patologías⁶⁴. Saraceno⁶⁵ expone que a través de la participación de la persona en su proceso rehabilitador, se fomenta la capacidad del individuo de crear redes y alianzas entre la familia, la comunidad cercana, los servicios sociales locales y de salud.

La Declaración de Ottawa⁵⁹ entiende que para la promoción de la salud, es necesaria la promoción de unas relaciones saludables entre seres humanos, otros organismos vivos, sus ecosistemas, hábitos y formas de vida.

Montero defiende que *“se considera a la comunidad como un grupo social, dinámico e histórico en constante transformación y que en su interrelación generan pertenencia, identidad social y conciencia de sí mismo como comunidad. Este grupo social y dinámico comparte problemas e intereses en un tiempo y espacio determinado, y genera formas propias de organización”*⁶⁰. Navarrete et al, sostienen que *“nuestra profesión debe ser capaz de poner en el centro de su quehacer los Derechos Humanos, desde una perspectiva colectiva y comunitaria y que se oriente hacia la justicia y la inclusión social”*⁶⁶, respaldando así la concepción de un nuevo paradigma de la profesión denominado Paradigma Social de la Ocupación, puesto que como menciona Ramírez *“somos arrojados al mundo ya inclinados los unos hacia los otros, antes de ser unos u otros”*⁶⁷, defendiendo así, la premisa de que somos seres comunitarios.

Este paradigma social considera que la ocupación humana va más allá del fenómeno individual, que refleja realidades locales y valora la ocupación como un fenómeno social⁶⁸. Galheigo manifiesta que en el campo social se trabaja con los conceptos de igualdad, accesibilidad e inclusión y añade además, que *“los Terapeutas Ocupacionales deben implicarse en la causa a favor de los derechos humanos, yendo más allá de una perentoria función profesional o un interés académico”*⁶⁹.

El papel del Terapeuta Ocupacional en este ámbito es defendido por Guajardo como *“reconstrucción de la vida, re-significación de la experiencia traumática, de propiciar la participación ocupacional como expresión de justicia, acompañamiento en la vida diaria, en posibilitar procesos de inclusión social y de acceso a la rehabilitación. De denuncia, de activismo. Estar siempre en el hacer mismo de la vida de las personas. La ocupación como memoria histórica, como entidad”*⁷⁰.

La WFOT defiende el derecho humano a participar en ocupaciones, y reitera que debe garantizarse su acceso *“las personas tienen el derecho de*

participar en una gama de ocupaciones que les permitan prosperar, desarrollar su potencial y experimentar satisfacción en forma consistente con su cultura y creencias”, además “a nivel social, el derecho humano a la ocupación es sustentado por la valoración de la contribución propia de cada persona a las ocupaciones valoradas y significativas de la sociedad, y es asegurado a través del acceso equitativo a la participación en la ocupación, sin tomar en cuenta diferencias”⁷¹.

En esta línea, Hammel define los derechos ocupacionales como *“el derecho de todas las personas a participar en ocupaciones significativas que contribuyen positivamente a su propio bienestar y al de sus comunidades”⁷²*. Así, haciendo referencia al concepto de Justicia Ocupacional promovido por Wilcock⁷³ y Townsend⁷⁴, destaca la importancia de oportunidades ocupacionales equitativas.

En el 2015, los miembros de Naciones Unidas presentaron *“transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 del Desarrollo Sostenible”* que incorpora 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) cuyos principios fundamentales se centran en luchar contra la desigualdad, la injusticia, el cambio climático y acabar con la pobreza⁷⁵.

La WFOT reconoce su postura, que implica *“que los Terapeutas Ocupacionales se comprometan con aquellas personas que experimentan discapacidades, sus familias y comunidades, defendiendo con ellos su problemática, compartiendo sus experiencias individuales y facilitando a las organizaciones profesionales para que apoyen las necesidades y derechos de dignidad e inclusión [...] tanto en sociedades desarrolladas como en aquellas en desarrollo”⁷⁶*.

Wilcock defiende el progreso de nuestra profesión siguiendo nuestros principios y pensamientos, desde una perspectiva ocupacional, señala que la ocupación promueve el *“ser, hacer y llegar a ser”*, como individuos y

comunidades. Afirma que como profesionales *"estamos haciendo sin llegar a ser lo que tenemos potencial de llegar a ser"*. La ocupación la considera como un elemento natural de los individuos, facilitando que la TO promueva su potencialidad, para alcanzar el desarrollo de las comunidades⁷⁷. Con nuestro conocimiento formando parte de la comunidad contribuimos en el progreso, como plasma Medeiros *"incluso cuando desarrolla una actividad 'simple' el terapeuta ocupacional está vehiculizando un saber y los valores ideológicos y normativos en el implícito. Está siendo un agente social"*⁷⁸.

Ante lo comentado anteriormente, y en base a que no se ha encontrado bibliografía en las distintas bases de datos, que relacione la Terapia Ocupacional, el diagnóstico clínico y el efecto del mismo sobre el desempeño ocupacional de los individuos, se pretende con este trabajo contribuir a la mejora de las intervenciones en los recursos de Salud Mental.

2. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]. 1948 [citado 10 diciembre 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/PDF/bd47/SP/constitución-sp.pdf?ua=1>
2. Organización Mundial de la Salud. Definición Salud Mental. OMS [Internet]. 2007 [citado 10 diciembre 2016]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/62/es/>
3. Sharlock R, Verdugo M. Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En: Verdugo, M. Cómo mejorar de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú Ediciones; 2009.
4. Smith A. Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings. Keele University, Centre for Social Gerontology, Working Paper [Internet]. 2000 [citado 12 Enero 2017]; 7. Disponible en: https://www.keele.ac.uk/csg/downloads/centreworkingpapers/research_quality.pdf
5. Gerber GJ, Coleman GE, Johnston L, Lafave HG. Quality of life of people with psychiatric disabilities 1 and 3 years after discharge from hospital. Quality Life Research. 1994; 3(6): 379-383.
6. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental. OMS [Internet]. 2004 [citado 12 Enero 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
7. Mercier C, Tempier R, Renaud C. Services communautaires et qualité de la vie: une étude d'impact en région éloignée. (Community services

and quality of life: An outcome study in a outlying area). Canadian J Psychiatry. 1992; 37(8):553- 563.

8. Schalock RI. Quality of life. Vol 1: Its Conceptualization, Measurement and Use. Washintong D.C: American Association on Mental Retardation; 1996.
9. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS [Internet]. 2016 [citado 18 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
10. Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos. Información Salud mental. NIMH [Internet]. 1987 [citado 27 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/index.shtml>
11. Gómez Beneyto, M. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2007.
12. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Campayo, J et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders. 2009; 119: 52-58.
13. Zoch Zannini, C. Temas de Psiquiatría para el médico general. Universidad de Costa Rica [Internet]. 2002 [Citado 29 Enero 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/psiquiatria2004.pdf>
14. Ortiz Lobo A, De la Mata I. Allen Frances y la pureza del diagnóstico. Revista Asociación Española Neuropsiquiatria [Internet]. 2015 [citado 1 Febrero 2017]; 35 (125): 165-174. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100013

- 15.** Ortiz Lobo A. El arte de hacer el mínimo daño en Salud Mental. No Gracias [Internet]. 2016 [citado 1 febrero 2017]. Disponible en: <http://www.nogracias.eu/2016/10/08/el-arte-de-hacer-el-minimo-dano-en-salud-mental-por-alberto-ortiz-lobo/>
- 16.** American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). Madrid: Ed Panamerica; 2004.
- 17.** Insel T. Directors blog: Transforming diagnosis . NIH [Internet]. 2013 [acceso 16 de Noviembre de 2016]. Disponible en: www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml
- 18.** Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale. Dans: les informagiciens. Brussels: Presses Universitaires de Namur; 1986: 193-209.
- 19.** Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Madrid: Gaceta Sanitaria. 2006; 20 (1) : 127-134.
- 20.** Ortiz Lobo A, Ibáñez Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en Salud Mental. Revista Española Salud Pública. 2011; 85(6): 513-523.
- 21.** Sáinz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en Salud Mental. Revista intercambis de psicoanálisis. 2009; 23: 59-67.
- 22.** Kishore JA. Dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications; 2002.

23. Gervas J. La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad. Gac sanit Bilbao. 2006;103: 46-7.
24. Gilbert T. Joan Laporte, médico, catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona. Ex Jefe de Farmacología del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Soy como como [Internet]. 2006 [citado 20 febrero 2017]. Disponible en: www.soycomocomo.es/invitado/joan-laporte.
25. Gotzsche P. Los fármacos psiquiátricos nos hacen más daño que bien. El país [Internet]. 2016 [citado 20 febrero 2017]. Disponible en: http://elpais.com/elpais/2016/09/20/ciencia/1474391855_558264.html
26. Ortiz Lobo A, Murcia Garcia L. La indicación del no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009; 179-193.
27. Ortiz Lobo A, Bernstein J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 [citado 1 Marzo 2017] ;10(35): 1-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1055](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1055)
28. Escalas J, Guerra A, Rodríguez Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2010 [citado 1 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/tratamiento-con-psicofarmacos-los-trastornos/articulo/S0001731010002267/>
29. Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, de 7 de Enero. BOE [Internet]. 2000 [citado 1 Marzo 2017]. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2015/10/13/pdfs/BOE-A-2015-11021.pdf

30. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris; 1948.
31. Launer JA. Narrative approach to mental health in general practice. BMJ. 1999;318:117-9.
32. Kardiner A. Fronteras psicológicas de la personalidad. México: Fondo de Cultura Económica; 1955.
33. Ralph L. Cultura y personalidad, México: Fondo de Cultura Económica; 1978.
34. Freud S. Sobre psicoterapia. [Internet] 1904 [citado 4 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.elortiba.org/freud37.html>
35. Vilchez Y. Ética y Moral. Revista Formación General. 2011; 2.
36. Morales JA, Nava G, Esquivel Soto J, Díaz LE. Principio de ética, bioética y conocimiento del hombre. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2011.
37. Aristóteles. Ética Nicomaquea. México, DF: Editorial Porrúa; 1992.
38. Molina Ramírez, N. La bioética: sus principios y propósitos, para un mundo tecnocientífico, multicultural y diverso. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. 2013 [citado 6 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852003.pdf>
39. Fajardo OG. El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica. Rev Méd imss. 1991; 29(1): 55-59.

- 40.** Cabrero Romañach J. Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y respeto a los derechos humanos. A Coruña: Ediciones Diversitas- AIES;2009.
- 41.** Ochandiano Arbe M. El estudio de las instrucciones previas en el ámbito sanitario a través del ordenamiento jurídico español. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2011.
- 42.** Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press. 1979.
- 43.** Gracia D. Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. 1990.
- 44.** Hernanz Manrique MM, Santander Cartagena, F. Bioética y salud mental. Revista de servicios sociales. 2000.
- 45.** García Mena JM, Benito Rodríguez O, La Fuente J, Marín Gómez C, Fuster Cirer L, et al. El principio de autonomía y las instrucciones previas en salud mental. Metas de enfermería. 2008; 11(4).
- 46.** Antomás S, Huarte del Barrio. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2011; 34(1).
- 47.** World Federation of Occupational Therapists. Definición Terapia Ocupacional. WFOT [Internet]. 2012 [citado 10 marzo 2017]. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
- 48.** Freud S. The Dynamics Of the transference. Collected Papers; 1912.

49. Greenson, RR. Technique and practice of psychoanalysis. New York: International University Press; 1967.
50. Corbella S, Botella L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología. 2003; 19(2): 205-211.
51. Williard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10 ed. Madrid: Panamericana; 2005.
52. Pérez J. Intervención desde terapia ocupacional en los trastornos de la personalidad. En: Gómez C. Intervención desde Terapia Ocupacional en Salud Mental. Barcelona: Monsa – Prayma ediciones; 2013: 355 – 370.
53. Taylor RR. Use of Self in Occupational Therapy: Making Relationships Intentional. Ergosci. 2007; 2: 1–10.
54. Kielhofner G. Una perspectiva en la historia, status actual y futuro de la Terapia Ocupacional, En: Moruno Miralles, Pedro y Talavera Verde, Miguel Ángel. Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica 90 años después de su creación. TOG (A Coruña) [revista en Internet] [fecha de la consulta: 17 Marzo 2017] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/presentacion.pdf>
55. Wilcock A. An occupational perspective of health. Thorofare: Slack; 1998.
56. Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy. 4ª ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 1999.

- 57.** Kielhofner G. Modelo de Ocupación humana. Buenos Aires: editorial panamerica;2004.
- 58.** Bronfenbrenner U. The ecology of Human Development. Cambridge: Harvard University Press; 1979. (Trad. Cast.: La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Ediciones Paidós; 1987).
- 59.** Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
- 60.** Montero M. Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Editorial Paidós;2003.
- 61.** Clark FA, Parham D, Carlson ME, Frank G, Jackson J et al. Occupational Science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. AJOT. 1991; 45(4): 300-310.
- 62.** Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1970.
- 63.** Gonzales L, Sanabria P, Zuluaga H. Percepción de la calidad de vida y salud mental en oficiales de la fuerza aérea colombiana. Revista med. 2010; 18(1):115-122.
- 64.** Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: science and practice. 2002; 9(1): 35-53.
- 65.** Galheigo SM. What needs to be done? Occupational therapy responsibilities and challenges regarding human rights. Aus occup ther j.2011; 58: 60-66.

- 66.** Navarrete E, Cantero P, Guajardo A, Sepúlveda R, Moruno P. Terapia Ocupacional y exclusión social: hacia una praxis basada en los derechos humanos. Charleston, SC: Ed. Segismundo; 2015.
- 67.** Martínez V. El enfoque Comunitario: El desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. 1ª ed. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2006.
- 68.** Morrison R, Olivares A, Vidal D. La filosofía de la Ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. 2011 [7 Mayo 2017]; 11(2): 102-119. Disponible en: www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/17785/20366
- 69.** Galheigo SM. Terapia Ocupacional en el ámbito social. En: Pollard N, Kronenberg F, Algado S. Terapia Ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. 1ª Ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 2007.
- 70.** Guajardo A, Simo Salgado S. Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [10 Mayo 2017]; 7(12): [25p]. Disponible en: www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf
- 71.** Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Position paper on human rights. [Internet]. Chicago: WFOT; 2009 [Citado 12 Mayo 2017]. Disponible en: www.wfot.org/office_files/human%20rights%20position%20Statement%20final%20NLH%281%29.pdf

72. Whalley Hammel K. Participation and Occupation: the need for a human rights perspective. CJOT. 2015; 82(1): 4-8.
73. Wilcock A. A theory of the human need for occupation. J Occup Sci. 2003; 1(1):17-24.
74. Townsend EA. Muriel Driver Memorial Lecture: Occupational therapy's social vision. Can J Occup Ther. 1993; 60: 174-184.
75. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [internet]. 2015. Disponible en: www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_report_2010_SP.pdf
76. Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Rehabilitación basada en la comunidad. [Internet]. Chicago: WFOT; 2004 [citado 12 Mayo 2017]. Recuperado a partir de: www.apeto.com/assets/posicionamiento-rehabilitacion-basada-en-la-comunidad.pdf
77. Sanz Valer P, Rubio Ortega C. Ann Allart Wilcock: trayectoria profesional y aportaciones más relevantes a la terapia ocupacional y a la ciencia de la ocupación. TOG (A Coruña) [internet]. 2011 [citado 17 Mayo 2017]; 8(14): [18p]. Disponible en: www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf
78. Medeiros, MH. Terapia Ocupacional . Un enfoque epistemológico y social. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral; 2008.
79. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. México: Paidós; 1986.

80. Merriam S. Qualitative research and case study applications in Education. 2º ed. San Francisco: Jossey- bass publishers; 1998.
81. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida. Barcelona: Idea Books; 2003.
82. Arantzamendi M, López-Dicastrillo O, Vivar C. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. España: Ediciones Eunate; 2012.
83. Sandín Esteban MP. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
84. Hurtado J. El proyecto de Investigación: metodología de la investigación holística. Octava edición. Caracas: Quirón ediciones; 2015.
85. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: Mc Graw Hill; 2010.
86. Torres Carrillo A. Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Colombia: UNAD; 1998.
87. Álvarez Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2005.
88. Rubin HJ y Rubin IS. Qualitative interviewing. The art of hearing data. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
89. Selltiz C, Wrightsman I, Vázquez ML. El rigor de la investigación cualitativa. En: Vázquez ML, da Silva MR, Mogollón AS, Fernández de Sanmamend MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Madrid; 2006: 83-96.

- 90.** Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE [Internet]. 1999 Dic 14. [citado 2 de Abril 2017]; 298: p.10. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc/php?id=BOE-A-1999-23750>
- 91.** Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Code of Ethics. Chicago: WFOT; 2016 [citado 12 Mayo 2017]. Disponible en: www.wfot.org/resourcecentre/tabid/132/did/780/default.aspx
- 92.** Gutiérrez Brito, J. Dinámica del grupo de discusión. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2008.

3. HIPÓTESIS.

Al tratarse de una investigación cualitativa de tipo inductivo, no trabajaremos con hipótesis iniciales, sino que éstas emergerán de los datos en el momento del análisis.

Sin embargo, podemos plantear una microhipótesis investigativa construida tras la revisión de la bibliografía sumada a la experiencia en el fenómeno a estudiar. Así, trabajaremos partiendo de que el diagnóstico de Salud Mental influye sobre el desempeño ocupacional, pudiendo desencadenar en prejuicios sociales que limiten la igualdad de oportunidades, es decir, la inclusión y participación en la comunidad y de este modo, afecten a la sensación de bienestar del individuo y a su calidad de vida, por ello surgen las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo, derivados del diagnóstico, que los participantes identifican como un impedimento para su desempeño ocupacional? ¿Identifican los prejuicios sociales como un indicador para la aparición del autoestigma?.

4. OBJETIVOS.

Objetivo General

- Explorar cómo los usuarios del servicio de Salud Mental perciben sus necesidades, su situación vital y su interacción social tras la categorización de su malestar psíquico.

Objetivos específicos

- Conocer la percepción del individuo sobre su desempeño ocupacional antes y después de recibir un diagnóstico.
- Explorar la presencia del autoestigma tras el diagnóstico.
- Identificar la condición de “rol de enfermo” y su influencia en la vida cotidiana de la persona.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Abordaje metodológico.

La metodología empleada, vinculada a las perspectivas de la investigación social, se encuadra dentro del paradigma de investigación de tipo cualitativo. Taylor y Bogdan consideran la investigación cualitativa como *“aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*⁷⁹, Merriam⁸⁰ defiende que en la misma, es el investigador el instrumento primario de recolección y análisis de los datos.

Los objetivos de la investigación buscan conocer la percepción personal de los participantes, justificando así la selección de la metodología.

Se seguirá un enfoque constructivista basado en la fenomenología cuyo impulsor fue Husserl, *“es un diseño que busca el entendimiento de la conducta humana desde la perspectiva y marco referencial del sujeto mismo”*⁸¹. Se justifica este enfoque a la hora de describir las percepciones de los individuos sobre la influencia del diagnóstico clínico en su desempeño ocupacional, desde su experiencia personal, mediante el análisis de su discurso⁸².

5.2. Ámbito de estudio.

El estudio se llevará a cabo en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) de la provincia de A Coruña, creada por familiares y personas con problemas de Salud Mental. Se trata de un dispositivo asistencial privado-concertado de tratamiento activo en régimen de día, diseñado y organizado para ofrecer programas de rehabilitación a la población con malestar mental crónico.

La rehabilitación está enfocada a ayudar a superar o compensar las dificultades psicosociales y apoyarles en el desarrollo de su vida cotidiana

de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo en los diferentes entornos comunitarios.

Este centro cuenta en la actualidad con dos Terapeutas Ocupacionales pertenecientes al equipo técnico interdisciplinar, que se completa con una trabajadora social y dos psicólogos.

5.3. Entrada al campo.

El primer contacto con el recurso se ha producido a través de las asignaturas “Estancias prácticas V” y “Estancia prácticas VII” del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidade da Coruña (UDC). La entrada al campo tendrá lugar a través de esta asociación y la tutora de prácticas de Terapia Ocupacional en este dispositivo, será el portero que permitirá a la investigadora entrar al campo y acceder a los participantes.

En primer lugar, se contactará con el recurso y se le solicitará a la directora del centro permiso para desarrollar dicho proyecto de investigación (**apéndice I**).

Se realizarán una reunión en la asociación con los usuarios a fin de explicar el proyecto de investigación. En dicha reunión se facilitará la información a través de un documento (véase **apéndice II**) a fin de complementar la información verbal, donde se detallarán con exactitud los aspectos relevantes de la investigación.

A los usuarios que decidan participar de forma voluntaria en el estudio se les entregará el Consentimiento Informado (**apéndice III**) o a su tutor legal, si fuera el caso (**apéndice IV**).

Por último se recogerán estos consentimientos para comenzar así con la recogida de datos.

5.4. Población de estudio.

La selección de participantes se realizará a través del recurso. La población de estudio serán las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, usuarias de los servicios ofrecidos por la asociación, que son un total de 54 personas entre 18 y 65 años. En la tabla I, se hace referencia a la población de estudio en base a cuatro características: género, rango de edad, diagnóstico y núcleo de convivencia. Estos factores conforman los perfiles de los participantes, los cuales serán comentados a lo largo de este apartado.

Tabla I. Población de estudio. Elaboración propia.

GÉNERO	RANGO DE EDAD	DIAGNÓSTICO	NÚCLEO DE CONVIVENCIA		
MUJER (18 USUARIOS)	18-28	0 usuarios			
	29-39 (1 usuario)	Trastorno psicótico (1 usuario)	Familia		
	40-50 (8 usuarios)		Trastorno psicótico (5 usuarios)	Solo (2 usuario) Familia (3 usuarios)	
			Trastorno bipolar (2 usuarios)	Pisos (1 usuario) Familia (1 usuario)	
			Trastorno mixto de personalidad (1 usuario)	Pisos (1 usuario)	
	51- 61 *incluye hasta los 65 (9 usuarios)		Trastorno psicótico (6 usuarios)	Solo (2 usuarios) Familia (4 usuarios)	
			Trastorno depresivo (3 usuarios)	Solo (2 usuarios) Familia (1 usuario)	
	HOMBRE (36 USUARIOS)	18-28 (2 usuarios)	Trastorno psicótico (1 usuario) Trastorno obsesivo compulsivo (1 usuario)	Familia Familia	
		29-39 (4 usuarios)		Trastorno psicótico (3 usuarios)	Familia Pisos (2 usuarios)
				Trastorno obsesivo compulsivo (1 usuario)	Familia
40-50 (14 usuarios)			Trastorno psicótico (11 usuarios)	Solo (3 usuarios) Familia (4 usuarios) Pisos (4 usuarios)	
			Trastorno obsesivo compulsivo (1 usuario)	Solo	
			Trastorno bipolar (2 usuario)	Familia	
51-61 *incluye hasta los 65 (16 usuarios)			Trastorno psicótico (12 usuarios)	Solo (3 usuarios) Familia (7 usuarios) Pisos (2 usuarios)	
			Trastorno de control de impulsos (1 usuario)	Pisos	
			Trastorno bipolar (1 usuario)	Solo	
			Trastornos de humor (1 usuario)	Solo	
		Trastorno orgánico de personalidad (1 usuario)	Solo		

5.5. Muestra.

Para la selección de los participantes se utilizará un muestreo teórico selectivo⁸³; cada integrante es seleccionado por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés de la investigación. Esto permite seleccionar a las personas que mejor puedan responder a las preguntas de la investigación y que permitan descubrir e interpretar el fenómeno estudiado.

Todos aquellos que decidan participar voluntariamente deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión detallados en la tabla II.

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión para los usuarios. Elaboración propia.

	CRITERIOS DE SELECCIÓN
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir como usuario al centro en el que se realiza el estudio. - Tener más de 18 años y menos de 65 años. - Tener diagnosticado un Trastorno Mental Grave
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar dificultades importantes de comprensión y/o expresión. - Personas en situación aguda o periodo inestable, en relación con la enfermedad.

5.5.1. Perfiles de los participantes.

Tras seleccionar los informantes, según el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, se incluyen los perfiles. Estos facilitan la obtención de información desde diferentes perspectivas; puesto que las características de cada participante son únicas, y sus diferentes miradas están condicionadas por las vivencias personales de cada individuo.

Se han seleccionado una serie de características en relación a la diferencia de género, rango de edad, diagnóstico y núcleo de convivencia de la población estudiada para la elaboración de los perfiles. Se representan en la tabla III:

Tabla III. Perfiles de los informantes según las características seleccionadas.
Elaboración propia.

GÉNERO	EDAD	DIAGNÓSTICO	NÚCLEO DE CONVIVENCIA
MUJER	29-39	Trastorno psicótico	Familia
		Trastorno psicótico	Solo Familia
	40-50	Trastorno bipolar	Pisos Familia
		Trastorno mixto de personalidad	Pisos
		Trastorno psicótico	Solo Familia
	51-61 * se incluye hasta los 65 años	Trastorno depresivo	Solo Familia
		Trastorno psicótico	Familia
		Trastorno obsesivo compulsivo	Familia
	HOMBRE	18-28	Trastorno psicótico
Trastorno obsesivo compulsivo			Familia
29-39		Trastorno psicótico	Familia Pisos
		Trastorno obsesivo compulsivo	Familia
		Trastorno psicótico	Solo Familia Pisos
40-50		Trastorno obsesivo-compulsivo	Solo
		Trastorno bipolar	Familia
		Trastorno psicótico	Solo Familia Pisos
		Trastorno de control de impulsos	Pisos
51-61 * se incluye hasta los 65 años		Trastorno bipolar	Solo
		Trastornos de humor	Solo
	Trastorno orgánico de la personalidad	Solo	

Existirá al menos un entrevistado de género masculino y una de género femenino, con representación de cada grupo de edad y de los diagnósticos existentes y a su vez de los principales núcleos de convivencia. Con esto se pretende describir las experiencias con los matices que pueda aportar cada perfil de informante.

5.6. Búsqueda bibliográfica.

La revisión bibliográfica se ha realizado a través de distintas bases de datos de carácter científico y social, y para facilitar el conocimiento actualizado del tema, se seguirá obteniendo información durante el desarrollo del programa:

- PUBMED
- SCOPUS
- WEB OF SCIENCE
- DIALNET

La estrategia de búsqueda se ha basado en la utilización de los siguientes descriptores/palabras clave: “Estigma”, “Impacto”, “Diagnóstico”, “Salud Mental”, “Trastorno Mental”, “Enfermedad Mental”, “Terapia Ocupacional”, “Desempeño Ocupacional”, “Ocupación”; y en inglés “Social Stigma”, “Stigma”, “Impact”, “Diagnosis”, “Mental Health”, “Mental Disorders”, “Mental Disease”, “Mental Illness”, “Occupational Therapy”, “Occupational Performance”, “Ergotherapy” y “Occupation”. Además, se realizaron combinaciones de términos, empleando el operador booleano “AND”, y el “OR” para los sinónimos.

En la base de datos Pubmed se utilizaron los siguientes términos MeSH: "Social Stigma"[Mesh], "Mental Health"[Mesh] - "Mental Disorders"[Mesh], "Occupational Therapy"[Mesh] - "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh] - "Occupations"[Mesh] y “Diagnoses”[Mesh].

Se han establecido diferentes límites en las diferentes búsquedas, para concretar el número de resultados, se reflejan en la tabla IV.

Tabla IV. Límites de las búsquedas bibliográficas. Elaboración propia.

BASES DE DATOS	IDIOMA	EDAD	PUBLICACIÓN	TEXTO DISPONIBLE
PUBMED	Francés	Mayores de 19 años	Últimos 5 años	Resumen
	Inglés			
	Español			
	Portugués			
SCOPUS	Inglés	-	-	Título, resumen,
	Francés			palabras clave
WEB OF SCIENCE	Inglés	-	-	-
	Francés			
DIALNET	-	-	-	-

La estrategia de búsqueda, se detalla en el **apéndice V**.

Asimismo, se ha realizado una búsqueda en páginas Web como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), con el propósito de ampliar y complementar información sobre los temas tratados.

También se ha utilizado el buscador Google Académico para hallar artículos que se encontraban en la bibliografía consultada y la búsqueda de información se completa con documentos y libros conocidos a lo largo del Grado en Terapia Ocupacional.

5.7. Técnicas de recogida de la información.

Hurtado señala que *“las técnicas de recolección de datos, son los procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar cumplimiento al objetivo de la investigación”*⁸⁴.

Las técnicas de recogida que se emplearán para desenvolver esta propuesta de investigación serán la entrevista, el diario de campo y grupos de discusión.

Janesick defiende que *“en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema”*⁸⁵. Torres señala que *“la entrevista permite la recolección de información sobre temas y situaciones específicos al igual que la interpretación de los entrevistados”*⁸⁶. Además de la entrevista, la investigadora llevará a cabo un grupo de discusión y un diario de campo que servirá de apoyo adicional.

Las características de las herramientas utilizadas se describen a continuación:

- **Entrevista:** se realizará una entrevista semi-estructurada para facilitar que el investigador tenga mayor libertad al momento de preguntar, siguiendo la guía de preguntas e introduciendo cuestiones adicionales si desea ahondar y conseguir más información (véase **apéndice VI**). Con previo consentimiento de los participantes, se empleará una grabadora de audio que permitirá la posterior transcripción y análisis de la información.
- **Grupo de discusión:** los participantes se reunirán para intercambiar sus ideas sobre el tema de estudio. Esto facilitará la generación de un contexto de interacción grupal como marco en el que se va a producir la información permitiendo conocerla en profundidad (**apéndice VII**).
- **Diario de campo:** la investigadora realizará las anotaciones oportunas, ya sean ideas, observaciones o comentarios que aporten información a la investigación.

5.8. Plan de análisis de la información.

Según Álvarez-Gayou⁸⁷, una de las características de la investigación cualitativa es que aunque se estudie a pocas personas, la cantidad de información obtenida es muy grande.

Rubin⁸⁸ postula que, a medida que se avanza en el análisis de la información, los temas y conceptos se van tejiendo mediante una explicación más amplia de importancia práctica o teórica, que luego guiarán el reporte final.

Álvarez-Gayou⁸⁷ sostiene que el proceso de análisis de datos cualitativos se realiza en cuatro pasos:

1. **Obtención de la información:** a través del registro sistemático de notas de campo, las entrevistas, el grupo de discusión y la historia de vida. Esto tendrá lugar en un espacio donde la privacidad y la confidencialidad de las personas sean respetadas. Tanto las entrevistas, el grupo de discusión y la historia de vida serán grabadas, además aquella información que no puede registrarse mediante este medio, como los comportamientos no verbales, serán recogidos a través de anotaciones. Se mantendrá el anonimato de los informantes, mediante un código constituido por la palabra usuario, y después un número en relación al orden de las entrevistas, siendo “usuario 1”, “usuario 2” y así, sucesivamente.
2. **Capturar, transcribir y ordenar la información:** la captura de la información se ha llevado a cabo mediante un registro electrónico, utilizando una grabadora de audio y, en el caso de las notas de campo, a través de un registro en papel mediante notas manuscritas.
3. **Codificar la información:** según Álvarez-Gayou, esta fase se realiza una vez que la información ha sido recolectada, transcrita y

ordenada, con el objetivo de darle sentido. La información recogida se agrupará en diferentes categorías, en función de ideas u conceptos similares recogidos, que explicarán el fenómeno de estudio.

4. **Integrar la información:** relacionar las categorías del paso anterior que permiten el establecimiento de conclusiones del estudio mediante la comparación de los resultados obtenidos.

5.9. Criterios de rigor en la investigación.

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación, permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, así como de las técnicas de análisis para la obtención y análisis de la información⁸⁹.

Los criterios que se utilizan en esta investigación cualitativa para la evaluación de la calidad científica son los propuestos por Guba & Lincoln⁸²: consistencia, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad.

- **Consistencia:** hace referencia a la posibilidad de replicar estudios, es decir, que un investigador utilizando los mismos métodos y estrategias de recolección de datos que otro investigador, obtenga resultados similares. Se logrará a través del contraste de los discursos de los informantes durante la entrevista y el grupo de discusión, las observaciones realizadas por la investigadora y sus anotaciones en el cuaderno de campo.
- **Credibilidad:** también denominado autenticidad, permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como se perciben por los sujetos, sin que las creencias y opiniones del investigador afecten a la investigación. Esta se fundamenta mediante las transcripciones textuales de las entrevistas, el grupo de discusión y

el resguardo de las notas de campo.

- **Transferibilidad:** consiste en poder trasladar los resultados de la investigación a otros contextos. La manera de lograr este criterio es mediante la descripción de las características de la población estudiada que permitan realizar comparaciones y describir lo común con otros estudios, examinando si se ajustan los resultados a otro contexto. En esta investigación, no sería posible asegurar este criterio, puesto que la experiencia de cada individuo es única, y los resultados en otros contextos podrían variar. Sin embargo, la transferencia del proyecto inicial sería posible llevarla a cabo en otros servicios de Salud Mental.
- **Confirmabilidad:** bajo este criterio los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones aportadas por los participantes, haciendo referencia así a la imparcialidad del investigador. Se ofrece mediante la descripción de los informantes y su proceso de selección, el uso de la grabadora de audio, transcripción de los discursos y su análisis y la neutralidad de la investigadora.

5.10. Aplicabilidad.

Los resultados de este estudio contribuyen a la obtención de información sobre la percepción que tienen los usuarios acerca de la posible influencia del diagnóstico en Salud Mental, y si el mismo afecta a su desempeño ocupacional y de qué forma.

Así, haciendo referencia a la promoción de la Salud, el estudio permitirá conocer si la falta de ocupaciones significativas perdidas y/o abandonadas tras el diagnóstico clínico, pueden afectar a la salud y bienestar del individuo. Por lo tanto, la aproximación a este fenómeno puede contribuir a

la aportación de evidencia científica favoreciendo el conocimiento de los profesionales de la TO en Salud Mental.

A nivel práctico, generado un mayor conocimiento sobre el tema abordado, permitirá contribuir a la mejora de las intervenciones en los recursos de Salud Mental. Será de gran utilidad a la hora de conseguir una intervención más adecuada y rigurosa para los individuos, así como de facilitar las oportunidades necesarias por parte del terapeuta para que el proceso de rehabilitación sea adecuado. Del mismo modo, adaptar el trabajo del Terapeuta Ocupacional a las necesidades reales de cada usuario obteniendo la información a través de los mismos, y defendiendo así la inclusión de los servicios de TO en el ámbito comunitario, a fin de conocer los entornos y contextos próximos de la persona y trabajar sobre los mismos.

A nivel comunitario, otra de las aplicabilidades reside en hacer visible y concienciar sobre la importancia de que los prejuicios sociales inciden sobre las personas con malestar psíquico, impidiendo una relación adecuada entre el ser humano, sus ocupaciones y el entorno; surgiendo así la necesidad de intervenir sobre el mismo, facilitando la participación de los individuos en ocupaciones significativas.

5.11. Limitaciones y fortalezas del estudio.

En relación a las limitaciones, la bibliografía desde el campo de la TO sobre la relación entre el diagnóstico y el desempeño ocupacional en Salud Mental es nula. Además, a la hora de hablar de información muy personal y de gran significado para las personas, los participantes podrían sentir durante la investigación que revelar esta información es difícil e incómodo para los mismos. Por último, la posibilidad de abandono de algún participante.

Por otra parte, se obtiene información detallada y rica en forma de descripciones escritas que permite la observación del contexto y sentido vital de la persona, que permiten generar teorías en función al problema estudiado. Además, como los datos estudiados están íntimamente ligados a las experiencias de las personas, pueden ser más persuasivos y accesibles.

6. PLAN DE TRABAJO.

El plan de trabajo de esta investigación se presenta a continuación, con el objetivo de organizar la propuesta de investigación, se especifica la duración y fases del proyecto (tabla V).

Durante el curso académico 2016/2017, correspondiente al cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional, se desenvuelve la confección del proyecto de investigación que forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin de Grado”. Posteriormente, en el curso académico 2017/2018 se pretende llevar a cabo el desarrollo de este proyecto durante la realización de un máster, como parte del Trabajo de Fin de Máster.

Tabla V. Cronograma. Elaboración propia.

	CURSO ACADÉMICO 2016/2017			CURSO ACADÉMICO 2017/2018		
	Oct/Nov/Dic	Ene/Feb/Mar	Abr/May/Jun	Mes 1-2-3	Mes 4-5-6	Mes 7-8-9
Búsqueda bibliográfica	■					
Redacción del proyecto	■	■		■		
Información y permisos a la asociación y participantes	■			■	■	
Recogida de datos	■			■	■	
Análisis de la información	■			■		
Redacción del informe	■			■		
Difusión de los resultados	■					■

7. ASPECTOS ÉTICOS.

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se respetarán los principios éticos expuestos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y en la Declaración de Helsinki. Se informará a las instituciones y participantes del estudio sobre las características, metodología y objetivos de la investigación mediante la Hoja de Información garantizándose así el conocimiento sobre la naturaleza del estudio a fin de que puedan tomar la decisión de participación. En caso de participar se entregará una hoja de Consentimiento Informado que deberán firmar para entrar en el estudio, garantizando la confidencialidad de los informantes, o a su tutor/a legal si fuera el caso.

Se garantizará y preservará la confidencialidad de la información, acorde con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de carácter personal⁹⁰, manteniendo el anonimato de los participantes durante la investigación.

La participación es totalmente voluntaria, los participantes tendrán la libertad de abandonar el estudio y revocar el uso de sus datos en cualquier momento, si lo considera oportuno.

Dentro del código ético de la profesión la WFOT reconoce que *“cuando la investigación se lleva a cabo como parte de los servicios de terapia ocupacional, el bienestar y los derechos de los clientes/destinatarios siempre tienen prioridad sobre los requisitos de investigación”*, además añaden que *“los terapeutas ocupacionales cumplen con las aspiraciones de la sociedad hacia el desarrollo sostenible económico, social y ambiental y adaptan los servicios a medida que se producen cambios en la sociedad”*⁹¹.

8. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

La difusión de los resultados obtenidos durante el estudio se realizará para contribuir en la producción científica de la Terapia Ocupacional y otras disciplinas. Teniéndose en cuenta principalmente las dos esenciales líneas de investigación en el estudio: la salud mental y la terapia ocupacional.

8.1. Congresos.

Internacionales

- *31ª Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología. Barcelona, España, 2-10 de Octubre de 2018.*
- *Congreso Portugués de Psiquiatría. Algarve, Portugal, 25-27 de Enero de 2018.*
- *Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Madrid, España. 2018.*
- *VI Congreso Internacional. Patología dual. Adicciones y otros trastornos mentales. Barcelona, España, 4-7 de Abril 2019.*
- *172º reunión anual. Asociación Psiquiátrica Americana. San Francisco, Estados Unidos, 18-22 de Mayo de 2019.*
- *25º Congreso mundial del colegio internacional de medicina psicosomática. Florencia, Italia, 11-13 de Septiembre de 2019.*
- *18º Congreso Mundial de Terapia Ocupacional. Organizado por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. París, Francia.*

Nacionales

- *Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CENTO).*
- *Jornadas Estatales de Terapia Ocupacional.*
- *Congreso Ibérico de Terapia Ocupacional.*
- *XXI Congreso Nacional de Psiquiatría. Granada, 2018*

- XXI Congreso de la Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedades Mental (FEAFES). 2018.
- 18ª Escuela de Otoño. Murcia, 23-25 de Noviembre de 2017.

8.2. Revistas internacionales.

Las revistas se acompañan del factor de impacto JCR, el factor de impacto SJR, el cuartil y la posición que ocupan dentro del cuartil. Se representan en la tabla VI:

Tabla VI. Revistas Internacionales. Elaboración propia.

REVISTAS	FACTOR DE IMPACTO JCR-2015	FACTOR DE IMPACTO SJR-2015	CUARTIL	POSICIÓN EN EL CUARTIL
<i>ANNUAL REVIEW OF PSYCHOLOGY</i>	19,085	12,856	Q1	1
<i>AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.</i>	2,021	0,913	Q1	1
<i>CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.</i>	1,179	0,676	Q1	3
<i>AUSTRALIAN OCCUPATIONAL THERAPY JOURNAL.</i>	1,404	0,590	Q2	5
<i>OCCUPATIONAL THERAPY INTERNATIONAL</i>	0,683	0,461	Q2	6
<i>BRITISH JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY.</i>	0,935	0,403	Q2	8
<i>SCANDINAVIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY</i>	0,957	0,618	Q2	184
<i>PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL.</i>	1,670	0,692	Q2	185

8.3. Revistas Nacionales.

- *Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG).*
- *Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Factor de impacto año 2015 JCR: 1.650. Factor de impacto año 2015 SJR: 0.505.*
- *European Journal of Psychiatry - Zaragoza, España. Factor de impacto año 2015 JCR: 0.711. Factor de impacto año 2015 SJR: 0.279.*
- *International Journal of clinical and health psychology. Factor de impacto año 2015 JCR: 2.217. Factor de impacto año 2015 SJR: 0.848.*

8.4. Comunidad.

La difusión de resultados y conclusiones del estudio se realizará mediante diferentes charlas y campañas divulgativas en asociaciones, servicios sociales, centros de educación, ayuntamientos, entre otros. También se organizarán charlas informativas en los distintos recursos de Salud Mental para los usuarios, los cuales son los principales protagonistas del proyecto.

9. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

9.1. Recursos necesarios.

Los recursos utilizados durante la investigación y el presupuesto estimado necesario para el desarrollo de la misma se presentan en la tabla VII.

En cuanto a los recursos materiales, será necesario material fungible (cuaderno de campo, papel, bolígrafos, lápices, tinta y otro material de oficina) como audiovisual (grabadora de audio e impresora). El ordenador portátil utilizado será el de la propia investigadora, que hará uso de su tarifa de Internet.

Los recursos espaciales son aquellas infraestructuras y espacios necesarios para la entrada al campo, recogida de información o análisis e interpretación de datos; los cuales se corresponden con los del propio recurso donde tendrá lugar la investigación (salas, despachos).

Los recursos de movilidad engloban los necesarios para el transporte y la difusión de resultados; incluyen los desplazamientos, dietas, alojamientos e inscripciones en los diferentes congresos.

El precio total estimado para la realización de la investigación es de 3.938€.

Tabla VII: Recursos. Elaboración propia.

	CONCEPTO		COSTE
I. Recursos Humanos	Terapeuta Ocupacional		0€
II. Recursos materiales	Medios audiovisuales	Grabadora	40€
		Impresora	50€
Ordenador portátil		0€	
	Material fungible	Material fungible (cuaderno de campo, lápices, papel, tinta de impresora, bolígrafos y material de oficina)	348€
III. Recursos espaciales	Infraestructuras del CRPL		0€
IV. Recursos de movilidad	Viajes	Proyecto (desplazamiento y dieta)	1.500€
		Difusión de resultados (congresos y estancias)	2.000€
TOTAL FINAL DEL PRESUPUESTO			3.938€

9.2. Posibles fuentes de financiación.

Para la realización de la investigación se buscará financiación. Las posibles ayudas de convocatoria anual a las que puede optar la investigación se reflejan a continuación (tabla VIII):

Tabla VIII: Posibles fuentes de investigación. Elaboración propia.

TIPO DE ORGANISMO	NOMBRE DEL ORGANISMO	NOMBRE DE LA AYUDA
PRIVADO	Obra Social “La Caixa”	Promoción de la autonomía personal y atención al envejecimiento, la discapacidad y la dependencia.
PRIVADO	Fundación Mutua Madrileña	Apoyo a personas con discapacidad
PRIVADO	Fundación Ibercaja Obra Social	Convocatoria Ibercaja de Proyectos Sociales
PRIVADO	Fundación BBVA	Ayudas fundación BBVA a investigadores y creadores culturales.
PRIVADO	Fundación Mapfre	Convocatoria Ayudas a la investigación Ignacio H. De Larramendi.

10. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Pau y a Chus su ayuda y apoyo en la realización de este trabajo.

A mi abuelo, quien me enseñó la importancia de querer a pesar de las dificultades de la vida, y que un diagnóstico, no puede impedirte ser feliz.

A mis padres, porque sin ellos no sería la persona que soy.

A mi hermana, por creer siempre en lo que hago.

A mis amigos, porque siempre son capaces de sacarme una sonrisa, y se han esforzado en entender qué es mi profesión.

A Lore y Alba, porque este trabajo ha surgido de nuestras aventuras y debates. Gracias por acompañarme en estos cuatro años.

A Berto y Santi, porque en los momentos en los que pretendo rendirme, siempre están para animarme.

APÉNDICES

Apéndice I: Solicitud/ Consentimiento informado para el recurso de atención en Salud Mental.

Apéndice II: Hoja de información al participante.

Apéndice III: Consentimiento informado destinado a los participantes.

Apéndice IV: Consentimiento informado destinado a los tutores legales.

Apéndice V: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Apéndice VI: Entrevista para usuarios.

Apéndice VII: Grupo de discusión.

Apéndice VIII: Acrónimos.

Apéndice I: Solicitud/ Consentimiento informado para el recurso de atención en Salud Mental.

Yo Patricia Pazos Abeleira, me dirijo a usted, D..... como coordinador/a del recurso con el propósito de solicitar su autorización para llevar a cabo en su centro un estudio de investigación sobre *“El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental”*.

Este estudio de investigación surge del proyecto de investigación que forma parte de la asignatura de cuarto curso “Trabajo de Fin de Grado”, del Grado de Terapia Ocupacional de la Facultade de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña (UDC).

El objetivo principal del estudio es explorar cómo los usuarios del servicio de Salud Mental perciben sus necesidades, su situación vital y su interacción social tras la categorización de su malestar psíquico.

El trabajo tendrá lugar durante el curso académico 2017/2018 y será llevado a cabo por Patricia Pazos Abeleira, Terapeuta Ocupacional, bajo la dirección de Dña. Paula Díaz y Dña. María Jesús Movilla, ambas docentes de la UDC.

Un cordial saludo.

Atentamente,

Patricia Pazos Abeleira

Firma de la dirección del recurso

Firma de la investigadora

Apéndice II: Hoja de información al participante.

- ✓ **Le estamos pidiendo que participe en un estudio.**
- ✓ **La participación es voluntaria.**
- ✓ **Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento.**
- ✓ **Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir.**

Título del estudio: El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

Investigadora: Patricia Pazos Abeleira.

Directoras: Paula Díaz y María Jesús Movilla.

Centro: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

El objetivo de este documento es ofrecerle información detallada sobre el estudio de investigación que se pretende llevar a cabo.

Debe leer antes este documento, ante cualquier duda debe realizar las preguntas necesarias para comprender en exactitud los detalles del estudio. Por ello, puede tomarse el tiempo necesario para decidirlo.

1. ¿Por qué surge este estudio de investigación?

El objetivo principal del estudio es “explorar cómo los usuarios del servicio de Salud Mental perciben sus necesidades, su situación vital y su interacción social tras la categorización de su malestar psíquico.

2. ¿Cuándo durará el estudio?

El estudio durará 9 meses.

3. ¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio?”

Si dice que sí:

- Le haremos una entrevista para conocer su percepción sobre el tema.

- Participará en un grupo con otros participantes, sobre los que hablaremos de diferentes temas relacionados con el diagnóstico de Salud Mental y sus actividades cotidianas.
- Con el fin de transcribir lo que usted ha comentado y reflejarlo en el estudio, estas intervenciones podrán ser grabadas por la investigadora, si usted lo autoriza.
- Los datos recogidos serán completamente confidenciales.
- Una vez finalizado el estudio, las grabaciones serán destruidas.

4. ¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Puede retirarse del estudio en cualquier momento si usted cambia de opinión.

5. ¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Nos interesa conocer su percepción sobre cómo le ha afectado a su desempeño ocupacional recibir un diagnóstico.

6. ¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Sí, se le facilitará un resumen de los resultados de la investigación.

7. ¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán difundidos en revistas científicas y congresos propios de la disciplina de Terapia Ocupacional y de otras relacionadas con el ámbito de la Salud Mental.

8. ¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Debe preguntarle a la investigadora cualquier duda que se le plantee en relación al estudio o sus derechos.

9. ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se regula por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Solamente la investigadora, y las directoras del trabajo, tendrán acceso a los datos del estudio. Usted podrá acceder a sus datos, oponerse o corregirlos, comunicándoselo a la investigadora.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio.

10. ¿Cómo contactar con el equipo investigador del estudio?

Puede contactar con..... en el teléfono..... o a la dirección de correo electrónico.....

Muchas gracias por su colaboración.

Firma de la investigadora

Apéndice III: Consentimiento informado destinado a los participantes.

Título: El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

Yo.....

- Leí la Hoja de información al Participante entregada por la investigadora del estudio, Patricia Pazos Abeleira, y considero que he recibido suficiente información sobre la investigación y sobre mi participación en la misma.
- Entiendo que participo de forma voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si lo deseo.
- Presto mi conformidad para participar en el estudio.
- Autorizo a la investigadora del estudio a grabar las intervenciones realizadas a mi persona para su posterior transcripción.
- Permito la publicación de los resultados manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos.

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

- SÍ AUTORIZO a la conservación de mis datos tras la finalización del estudio.
- NO AUTORIZO a la conservación de mis datos una vez finalizado el estudio.

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

Nombre y firma participante

Nombre y firma investigadora

Apéndice IV: Consentimiento informado destinado a los tutores legales.

Título: El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

D./D^a.....

en calidad de.....

- Leí la Hoja de información al Participante entregada por la investigadora del estudio, Patricia Pazos Abeleira, y considero que he recibido suficiente información sobre la investigación y sobre participación en la misma.
- Entiendo que participo de forma voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si lo deseo.
- Presto mi conformidad para participar en el estudio.
- Autorizo a la investigadora del estudio a grabar las intervenciones realizadas a mi persona para su posterior transcripción.
- Permito la publicación de los resultados manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos.

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

- SI AUTORIZO a la conservación de mis datos tras la finalización del estudio.
- NO AUTORIZO a la conservación de mis datos una vez finalizado el estudio.

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

Nombre y firma del tutor

Nombre y firma investigadora

Apéndice V: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS	FECHA DE BÚSQUEDA (2017)	TÉRMINOS Y BOLEANOS	LÍMITES	RESULTADOS
	13 Marzo	"Social Stigma"[Mesh] AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Occupational Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh] OR "Occupations"[Mesh])		7
	13 Marzo	"Diagnosis"[Mesh] AND ("Mental Disorders"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh]) AND ("Occupational Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh])	Edad: mayores de 19 años. Disponibilidad de texto: resumen	163
PUBMED	13 Marzo	("Mental Health"[Mesh]) AND ("Occupational Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh])	Edad: mayores de 19 años. Disponibilidad de texto: resumen	33
	25 Abril	"Diagnosis"[Mesh] AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Occupational Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy Department, Hospital"[Mesh] OR "Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupations"[Mesh])	Edad: mayores de 19 años. Resumen Publicación: últimos 5 años. Idiomas: francés, portugués, inglés y español	89

Diagnóstico y desempeño ocupacional en Salud Mental

SCOPUS	13 Marzo	"Diagnosis" AND ("Mental Disorders" OR "Mental Health") AND "Occupational Therapy"	Idioma: inglés y francés Título, resumen, palabras clave	144
	13 Marzo	"Impact" AND ("Diagnosis" OR "Stigma" AND ("Occupational Therapy" OR "Occupational Performance")) AND ("Mental Health" OR "Mental Disorders" OR "Mental Illnes")	Idioma: Inglés Título, resumen, palabras clave	30
	9 Mayo	("Mental disease" OR "Mental Health" OR "Mental Disorders") AND "Ergotherapy" OR "Occupational Therapy" OR "Occupational Performance"	Idioma: inglés y español Título, resumen, palabras clave	197
WEB OF SCIENCE	13 Marzo	"Impact" AND ("Diagnosis" OR "Stigma") AND ("Mental health" OR "Mental Disorders" OR "Mental Illness") AND ("Occupational Therapy" OR "Occupational Performance")	Idioma: inglés y francés.	30
DIALNET	13 Marzo	"Estigma" AND "Terapia Ocupacional" AND "Salud Mental"		3
	13 Marzo	"Diagnóstico" AND "Terapia Ocupacional" AND "Salud Mental"		6
	25 Abril	"Diagnóstico" AND "Ocupación" AND "Salud Mental"		8
	25 Abril	"Desempeño Ocupacional" AND "Salud Mental"		3
	28 Abril	"Trastorno mental" AND "Terapia Ocupacional" AND "Diagnóstico"		1
	19 Mayo	"Impacto" AND "Diagnóstico" AND "Desempeño ocupacional"		1
	19 Mayo	"Diagnóstico" AND ("Trastorno Mental" OR "Enfermedad Mental" OR "Salud Mental") AND ("Terapia Ocupacional" OR "Ocupación" OR "Desempeño Ocupacional")		11

Apéndice VI: Entrevista para usuarios.

Se realizará una única entrevista con los usuarios diseñada en torno a dos ejes de interés para los objetivos de la investigación:

- Desempeño Ocupacional y diagnóstico de Salud Mental: destinada a conocer su desempeño ocupacional antes y después de recibir un diagnóstico de Salud Mental.
- Prejuicios sociales y desempeño ocupacional: preguntas orientadas a la comunidad y a las relaciones sociales, con ello se pretende conocer cómo le afecta al individuo el conocimiento de su diagnóstico de forma pública.

1. ¿Cómo le comunicaron que tenía una enfermedad mental?
2. ¿Podría comentar cómo era su día a días antes de recibir un diagnóstico clínico de salud mental? ¿Ha cambiado tras el diagnóstico? Si es así, ¿de qué forma?
3. ¿Cuáles eran las ocupaciones, roles e intereses más significativos para usted? ¿Se han modificado? Si la respuesta es sí, ¿en qué sentido?
4. ¿Cree que la sintomatología ha cambiado su vida?
5. ¿Se han visto afectadas sus relaciones familiares y sociales desde que le han diagnosticado un problema de Salud Mental? ¿Cuál es su principal red de apoyo?
6. ¿Cómo percibe usted que la sociedad convive con las personas que padecen malestar psíquico?

Apéndice VII: Grupo de discusión.

El tema a tratar es: El diagnóstico como factor influyente en el desempeño ocupacional de las personas en el ámbito de la Salud Mental.

El objetivo principal que se pretende conseguir con el grupo de discusión es conocer cómo afecta al desempeño ocupacional de las personas su identificación con una etiqueta diagnóstica o con la condición de enfermo mental.

El lugar donde se llevará a cabo, será una instalación del recurso que facilite la producción del discurso: poco ruidoso, sillas cómodas y capaz de facilitar la comunicación entre los sujetos permitiendo que todos puedan verse entre sí.

Una vez sentados los participantes, la investigadora actuará como moderadora y establecerá determinadas normas:

- ✓ Respetar el turno de palabra
- ✓ Opinar libremente
- ✓ No gritar

La moderadora formulará varias cuestiones abiertas, cuidadosamente pensadas, que guiarán el discurso. Además, tomará las notas necesarias y realizará una función observadora. Se utilizará la grabadora de audio para registrar el discurso.

Las fases del grupo de discusión serán las siguientes⁹²:

1. **Fase de presentación:** presentación de la moderadora, los participantes y objetivo de la investigación.

2. **Fase de consolidación:** los participantes dialogan libremente sobre el tema, mediante la introducción de las siguientes premisas por parte de la moderadora:
 - Primeramente, la investigadora dirá en alto unos conceptos que faciliten el diálogo abierto de los participantes: ocupación, diagnóstico, sociedad, discriminación y enfermo.
 - Por último, preguntar si desean tratar otros temas no abordados y considerar las nuevas perspectivas individuales creadas tras el debate.

3. **Fase de desarrollo:** la moderadora utilizará las cuestiones del guión.
 - Principales ocupaciones significativas, roles e intereses antes de recibir un diagnóstico clínico.
 - Proceso de aceptación de la enfermedad.
 - Percepción sobre la condición de enfermo.
 - Conocer si los usuarios creen en sus propias capacidades.
 - Percepción del efecto de la sintomatología sobre sus ocupaciones.
 - Principales ocupaciones significativas, roles e intereses después de recibir un diagnóstico clínico.

4. **Relanzamiento del grupo:** describir las principales conclusiones y consenso al que ha llegado el grupo.

5. **Cierre:** agradecimientos y despedida.

Apéndice VIII: Acrónimos.

CENTO: Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional.

CRPL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association.

FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones Familiares y Personas con Enfermedades Mentales.

NIHM: National Institute of Mental Health.

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

TMG: Trastorno Mental Grave.

TO: Terapia Ocupacional.

TOG: Revista de Terapia Ocupacional Galicia.

UDC: Universidade da Coruña.

WAPR: Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.

WFOT: Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.