



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2016-2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Percepción del proceso de intervención y
desempeño ocupacional en Salud Mental:
diferentes perspectivas**

Ana Vivero Castro

Junio de 2017

Índice

Directoras	3
Resumen	4
1. Antecedentes y estado actual del tema.....	7
1.1. La Salud Mental.....	7
1.2. Nuevas filosofías de práctica comunitaria.....	8
1.2.1. Recovery.....	9
1.2.2. Open Dialogue.....	12
1.3. Salud Mental y Terapia Ocupacional.....	14
2. Bibliografía	19
3. Hipótesis.....	24
4. Objetivos.....	25
5. Metodología	26
5.1. Ámbito de estudio.....	26
5.2. Entrada al campo	26
5.3. Selección de informantes.....	27
5.4. Perfiles de los informantes.....	28
5.5. Recogida de datos	30
5.6. Plan de análisis.....	31
5.7. Búsqueda bibliográfica	32
5.8. Limitaciones	32
5.9. Rigor y credibilidad.....	33
5.10. Aplicabilidad	34
6. Plan de trabajo	35
7. Aspectos éticos y legales	37
8. Plan de difusión de resultados.....	38
9. Financiación de la investigación.....	40
9.1. Recursos y presupuesto	40
9.2. Posibles fuentes de financiación.....	41
Anexos	43

Directoras

- **Dña. María del Carmen García Pinto.** Terapeuta ocupacional. Profesora de la Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.
- **Dña. Paula Díaz Romero.** Terapeuta ocupacional. Profesora de la Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Resumen

Título: Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas.

Introducción: Históricamente, las personas con trastorno mental eran aisladas y confinadas en instituciones psiquiátricas donde la atención se centraba en aspectos médicos de la enfermedad. Con la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, se inicia el proceso de la reforma psiquiátrica en España y se establecen las bases de la asistencia en la comunidad y los dispositivos de atención dentro del sistema sanitario. Es a partir de este momento cuando surgen diferentes movimientos que aportan nuevas filosofías al modelo comunitario: por un lado, el paradigma de la recuperación o “Recovery”, que reconoce a la persona con disfunción en la Salud Mental como protagonista principal de su proceso de intervención. Por otro lado, el método de Diálogo Abierto o “Open Dialogue”, el cual sitúa al cliente como compañero de trabajo y a los terapeutas como oyentes activos.

El terapeuta ocupacional puede contribuir a este proceso ofreciendo oportunidades de participación y compromiso a la persona en su intervención.

Objetivos: Los objetivos principales son explorar la percepción que tienen los usuarios de su participación en el proceso de intervención, así como el conocimiento y aplicación de los modelos comunitarios por los profesionales de Salud Mental.

Metodología: La metodología utilizada será cualitativa enmarcada en un enfoque fenomenológico, ya que describe la realidad mediante la perspectiva de los participantes. Se realizará la recogida de datos a través de una entrevista semi-estructurada individual y el cuaderno de campo.

Palabras-clave: Terapia Ocupacional, Salud Mental, “Recovery”, “Open Dialogue”.

Tipo de estudio: Proyecto de investigación

Resumo

Título: Percepción do proceso de intervención e desempeño ocupacional en Saúde Mental: diferentes perspectivas.

Introducción: Históricamente, as persoas con trastorno mental foron illadas e confinadas en institucións psiquiátricas, onde o foco recaía sobre os aspectos médicos da enfermidade. Coa aprobación da Lei Xeral de Saúde de 1986, iníciase o proceso de reforma psiquiátrica en España e son establecidas as bases de asistencia de cuidados na comunidade e nos dispositivos do sistema de saúde. A partir deste momento, emerxen distintos movementos que traen novas filosofías de modelo comunitario: primeiro, o paradigma da recuperación ou "Recovery" que recoñece a persoa con disfunción na Saúde Mental como a principal protagonista do proceso intervención. Por outra banda, o método de diálogo aberto ou "Open Dialogue", que pon ó cliente como un compañeiro de traballo e ao terapeuta como oínte activo.

O terapeuta ocupacional pode contribuir a este proceso, que contén oportunidades de participación e compromiso coa persoa na súa intervención.

Obxectivos: Os principais obxectivos son explorar a percepción dos usuarios da súa participación no proceso de intervención, así como o coñecemento e aplicación dos modelos comunitarios polos profesionais de saúde mental.

Metodoloxía: A metodoloxía utilizada é cualitativa, enmarcada nun enfoque fenomenolóxico porque describe a realidade a través da perspectiva dos participantes. A recollida de datos realízase mediante unha entrevista semi-estructurada individual e o caderno de campo.

Palabras-crave: Terapia Ocupacional, Saúde Mental, "Recovery", "Diálogo Aberto".

Tipo de estudo: Proxecto de Investigación

Summary

Title: Perception of the intervention process and occupational performance in mental health: different perspectives.

Introduction: Historically, people with mental disorders were isolated and confined to psychiatric institutions where the focus was on medical aspects of the disease. With the approval of the General Health Act of 1986, the process of psychiatric reform in Spain begins and establishes the basis for community care and care devices within the health system. It is from this moment on that different movements arise that contribute new philosophies to the community model: on the one hand, the paradigm of the recovery or "Recovery", that recognizes the person with mental health dysfunction as main protagonist of its process of intervention. On the other hand, the Open Dialogue method, which places the client as a workmate and therapists as active listeners.

The occupational therapist can contribute to this process by offering opportunities for participation and commitment to the person in their intervention.

Objectives: The main objectives are to explore the perception that users have of their participation in the intervention process, as well as the knowledge and application of community models by mental health professionals.

Methodology: the methodology used will be qualitative framed in a phenomenological approach, as it describes the reality through the perspective of the participants. The data will be collected through an individual semi-structured interview and the field notebook.

Key words: Occupational Therapy, Mental Health, "Recovery", "Open Dialogue".

Type of study: Research project.

1. Antecedentes y estado actual del tema

1.1. La Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) define el término Salud Mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones propias de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”¹.

Una de cada cuatro personas (25% de la población mundial), sufre en algún momento de su ciclo vital un trastorno mental, según estimaciones de la OMS. Además, los problemas de Salud Mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, principalmente la depresión, el abuso de sustancias y la esquizofrenia, superando al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares².

Durante muchos años, estas personas fueron aisladas y confinadas en instituciones psiquiátricas, donde la atención se centraba en aspectos médicos de la enfermedad. Con la Ley General de Sanidad de 1986³, se inicia el proceso de la reforma en España y se apoya la transformación de la asistencia psiquiátrica siguiendo un modelo comunitario y desinstitucionalizador con su total integración en la sanidad general. En dicha reforma, se sientan las bases de la intervención en la comunidad y los dispositivos de atención dentro del sistema sanitario, buscando la integración de la persona dentro de la sociedad y garantizando sus derechos como ciudadana. En el artículo 20, se recogen los principios de actuación en Salud Mental, que determinan que la atención a los problemas de Salud Mental debe realizarse en el ámbito comunitario, reduciendo al máximo la necesidad de hospitalización. En el caso de necesitar hospitalización, esta se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales^{3,4}.

La Salud Mental comunitaria o modelo comunitario surge en el siglo XX, cuyo objetivo principal es tener en cuenta la comunidad y la persona con su historia de vida, y no solo la enfermedad, el diagnóstico y la prescripción de fármacos. Se debe garantizar una red de recursos, prestaciones y una continuidad de cuidados a los usuarios².

El término comunitario no se refiere a un espacio o lugar concreto, sino a una práctica que refleja una serie de interacciones entre las redes sociales que constituyen la vida en una comunidad. Esta concepción lleva a dar prioridad a los espacios asociativos (asociaciones, centros cívicos, etc.) como espacios donde puedan interaccionar, desarrollarse e intercambiar relaciones que permitan reducir la exclusión social, la estigmatización y se fomenten prácticas sustentadas en la integración, la inclusión y la igualdad. En resumen, al hablar de intervención comunitaria, el concepto se refiere tanto a la participación "en" como a la participación "con" la comunidad. Las personas diagnosticadas de una enfermedad mental tienen dificultades para integrarse en la sociedad y son discriminadas debido a un prejuicio negativo, basado en estereotipos asumidos, y el desconocimiento social que existe acerca de la enfermedad. Siguen siendo estigmatizadas, y continúan sufriendo actitudes negativas por la sociedad al ser consideradas como grupo minoritario^{5,6}.

1.2. Nuevas filosofías de práctica comunitaria

Anteriormente, en la práctica se consideraba que las personas con enfermedad mental no llegarían a recuperarse nunca. La evolución de la enfermedad se pensaba de forma pesimista como un proceso de deterioro o mantenimiento del estado actual de la persona. Al considerar que enfermedades mentales graves como la esquizofrenia cursaban con un deterioro progresivo, la práctica profesional se centraba en el control de los síntomas psicopatológicos⁷.

Existen países donde se han desarrollado filosofías de atención comunitaria que incluyen a la persona dentro de la toma de decisiones de su propia intervención.

En España, existen iniciativas que incorporan la perspectiva de la recuperación y abogan por facilitar la aceptación, por parte de los usuarios, de la responsabilidad de participar en la toma de decisiones compartidas y la planificación anticipada de decisiones en Salud Mental. En esta línea, en el año 2012, el Informe del Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental de Andalucía, expresaba la necesidad de mejorar el respeto en la toma de

decisiones de las personas diagnosticadas con un trastorno mental. Este grupo ha desarrollado una herramienta de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental (PAD-SM) para Andalucía, contribuyendo a que los sujetos conserven el derecho a ejercer su autonomía en situaciones de incapacidad transitoria⁸.

A continuación, se abordan algunas de las filosofías de atención que incluyen a la persona dentro de la toma de decisiones en su intervención.

1.2.1. Recovery

El paradigma de la recuperación o “Recovery” recibe un fuerte empuje en los años 80 tras la evidencia recogida en diferentes estudios sobre resultados a largo plazo de personas con enfermedad mental grave, donde se puso de manifiesto que entre una cuarta parte y dos tercios de las que habían vivido una psicosis por primera vez eran capaces de conseguir una recuperación parcial o completa, entendiendo como recuperación una suavización de los síntomas hasta un nivel suficiente para no interferir en las actividades diarias, permitiendo al usuario reanudar actividades personales, sociales y profesionales⁹.

Existen investigaciones llevadas a cabo durante las décadas de 1960, 1970 y 1980 en diferentes países de Europa y en Estados Unidos (EE.UU), que reflejan la evolución de personas con esquizofrenia que vuelven a desarrollar sus ocupaciones a largo plazo, logrando una vida satisfactoria. Existe una brecha entre los resultados de las investigaciones y la aplicación de estas a la práctica, lo que supone una barrera para la innovación en Salud Mental⁷.

Entre las definiciones de recuperación, la más aceptada es la de uno de los fundadores intelectuales de dicho movimiento, William Anthony⁹, en 1993: “La recuperación es un proceso único, profundamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a

la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”⁹.

Dicho paradigma proporciona una visión holística de la persona. La recuperación es vista como un camino, no un destino y para lograrlo se necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales. Promueve que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido a la misma. Las personas, aunque no tengan un control total de sus síntomas, pueden tener un control de sus vidas. Este control se puede adquirir manteniendo buenas relaciones, seguridad financiera, trabajo satisfactorio, crecimiento personal, desarrollando las perspectivas personales culturales y espirituales o desarrollando resistencia a la adversidad o al estrés ante el futuro inmediato¹⁰.

Una de las tareas asistenciales clave en el modelo de recuperación, es apoyar a las personas a recuperar su sitio en la comunidad donde viven y a participar en actividades. El tomar parte en oportunidades sociales, educacionales, de formación, voluntariado y empleo, puede contribuir al proceso de recuperación¹⁰.

Estudios a largo plazo realizados en diferentes países como EE.UU, Japón, Suiza o Alemania fundamentan la esperanza de la Salud Mental en este paradigma. Los resultados de dichos estudios muestran una tasa de recuperación que oscila entre el 46% y 68%. Los profesionales deben acercarse a cada persona y darle la oportunidad de desarrollar habilidades y apoyos para trabajar conjuntamente en el camino de la recuperación¹¹.

Marianne Farkas⁷, referente en rehabilitación psicosocial, realizó varios estudios donde analizaba narrativas de personas en recuperación con experiencias en varios tipos de intervención, llegando a la conclusión de que no importa tanto la modalidad de la intervención como que los valores de recuperación estén presentes. A pesar de que hay muchos valores asociados a los servicios orientados hacia la recuperación, emergen cuatro que resultan clave y que surgen de forma reiterada en la bibliografía^{7,12}:

- **Orientación a la persona:** entender a la persona en su totalidad, centrarse en sus recursos personales y aceptar todos los roles, no solo el

rol de usuario. Los servicios orientados a la recuperación deben promover la valoración y desarrollo de las potencialidades y puntos fuertes de la persona, así como el acceso a recursos externos al sistema de salud, que le permitan poder alcanzar funciones significativas y socialmente valoradas⁷.

- **Implicación de la persona:** estudios de investigación sugieren que se obtienen mejores resultados en las personas a las que se les ofrece una implicación en la planificación y aplicación en los servicios que reciben⁷.

- **Autodeterminación:** tener una intervención colaborativa, ayudar a la persona a retomar el significado de la vida, ofrecer la oportunidad de decidir los objetivos personales, los métodos para alcanzar dichos objetivos y las personas o profesionales que participarán en todo el proceso, son componentes de un servicio que reconoce estos valores. John S. Strauss⁷, profesor emérito de psiquiatría en la Universidad de Yale (EE.UU), destaca que la obediencia es una barrera para la recuperación, ya que no fomenta el desarrollo del sentido y el objetivo en la vida⁷.

- **Esperanza:** asumir el control sobre la propia vida, creer que la recuperación es un proceso que, aunque requiera mucho tiempo, es posible. Existen investigaciones que demuestran que la mayoría de los profesionales no tienen la capacidad de predecir una evolución positiva, pueden considerar poco realista esperar que sus pacientes se recuperen debido a que están “demasiado enfermos o demasiado discapacitados”⁷.

En resumen, el paradigma “Recovery” favorece que la persona diagnosticada de una enfermedad mental sea parte activa en su cuidado, aumentando así su autoestima y visión de pertenencia a la sociedad. Las personas cuidadoras, familiares y amistades, suelen dar la mayor parte del apoyo que recibe el usuario y juegan un papel fundamental en promover la recuperación y la inclusión social. Por lo tanto, es importante que los servicios de Salud Mental faciliten también la recuperación de estas personas cercanas al usuario, ayudándoles a comprender lo sucedido y reorientar sus vidas¹⁰.

Este paradigma ya se está implementando en servicios de Salud Mental en países como Canadá, Australia, EE.UU o Nueva Zelanda. En otros países de Europa se ha contemplado la necesidad de cambio, pero esta transformación está siendo más lenta en el momento de llevarlo a la práctica¹³.

1.2.2. Open Dialogue

Existe otra filosofía para el tratamiento de personas con problemas de Salud Mental desarrollado en Tornio, una ciudad al oeste de Laponia (Finlandia), llamado “Open Dialogue” o Diálogo Abierto.

Este modelo identifica siete principios fundamentales, que pueden aplicarse a todas las crisis psiquiátricas: la intervención inmediata, la red social y sistemas de apoyo, flexibilidad y movilización, el trabajo en equipo y la responsabilidad, la continuidad psicológica, la tolerancia a la incertidumbre y el diálogo¹⁴.

- **Intervención inmediata:** el equipo organiza la primera reunión durante las primeras 24 horas desde el primer contacto tras la crisis y reúne a todas las personas conectadas con la situación¹⁴.
- **Red social y sistemas de apoyo:** el cliente, familia y otros miembros de su red social son invitados a la primera reunión. Durante la crisis se organiza un equipo terapéutico que actúa en la fase aguda y se convierte en el equipo permanente durante la intervención¹⁴.
- **Flexibilidad y movilización:** el tratamiento se adapta a las necesidades cambiantes del usuario. Se recomiendan diferentes abordajes en función del caso: terapia familiar, psicoterapia individual, Terapia Ocupacional (TO) u otros servicios de rehabilitación. La medicación se discute abiertamente en la reunión de la red. El momento y lugar de la reunión son flexibles¹⁴.
- **Trabajo en equipo y responsabilidad:** el profesional con el que contacta la primera vez la familia o usuario asume la responsabilidad de organizar la primera reunión. El equipo se hace cargo del proceso de tratamiento y comparten la responsabilidad¹⁴.

- **Continuidad psicológica:** el equipo asume la responsabilidad de la continuidad a largo plazo. En la siguiente crisis se vuelve a constituir el núcleo del mismo equipo. Las personas no son derivadas a otro lugar¹⁴.
- **Tolerancia a la incertidumbre:** se aporta seguridad realizando reuniones con la red hasta resolver la crisis. En una crisis psicótica esto puede suponer reuniones diarias durante 10-12 días. Se deben evitar conclusiones prematuras y decisiones de tratamiento precipitadas¹⁴.
- **Diálogo (polifonía):** todas las cuestiones de tratamiento se discuten abiertamente en la red y todo el mundo debe tener el derecho y la oportunidad de ser escuchado¹⁴.

El método de Diálogo Abierto transforma al usuario en compañero de trabajo y a los terapeutas en oyentes activos. Los profesionales se encuentran con los usuarios en crisis de forma inmediata, en las primeras 24 horas, y se realizan reuniones con toda la frecuencia necesaria hasta que la crisis remite. De esta forma se evita la hospitalización y el consiguiente estigma, al realizar los servicios en el hogar de los usuarios o en un lugar acordado conjuntamente con el equipo. Se invita a la familia y a la red de apoyo a asistir a las reuniones desde el principio. Ni el cliente ni la red se consideran la causa de la psicosis u objeto de tratamiento, sino socios competentes en el proceso de recuperación^{14,15}.

Para evaluar la efectividad de este modelo, se han hecho varios estudios de investigación para primeros episodios de crisis psicóticas tratados con Diálogo Abierto en Laponia Occidental. Después de 2 años de tratamiento en un primer episodio de psicosis, el 83% de las personas había vuelto a sus trabajos, estudios o estaban buscando empleo, el 77% no tenía síntomas psicóticos residuales y el 21 % tenían por lo menos una recaída¹⁴. Tras varios estudios de seguimiento del tratamiento realizados: el 84% de las personas usuarias de este servicio vuelve a pleno empleo o estudios, el 81% permaneció sin síntomas psicóticos y la incidencia anual de la esquizofrenia bajó de 33 en 1985 a 2-3 personas en 2005 sobre 100.000¹⁶. La experiencia demuestra que la hospitalización de personas con enfermedad mental es una intervención que aparta al individuo de su

ambiente. Usuarios del servicio que han sido hospitalizados por un período prolongado de tiempo lo consideran el reto más difícil, ya que presentan dificultades para encontrar un lugar apropiado para volver a la comunidad y cuentan con pocas habilidades que les ayuden a salir adelante¹⁰.

1.3. Salud Mental y Terapia Ocupacional

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales¹⁷ (WFOT) define la TO como una profesión sociosanitaria que “promueve la salud y el bienestar a través de la ocupación”¹⁷. El principal objetivo es capacitar a las personas para que participen en las actividades de la vida diaria estando involucradas de forma activa en su proceso terapéutico. “Los terapeutas ocupacionales logran este resultado en el trabajo con las personas y las comunidades, para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, bien mediante la modificación de la ocupación o bien del medioambiente, para apoyar su compromiso ocupacional”¹⁷.

Se entiende por desempeño ocupacional “la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad”¹⁸.

La ocupación es concebida como las actividades realizadas por la persona en su vida diaria. Al participar la persona en ocupaciones con valor para ella misma y para la sociedad, colabora en la construcción de su identidad y siente que participa en la misma. La participación de la persona en actividades de autocuidado y automantenimiento, productivas, educativas, lúdicas y de ocio, permite al sujeto contribuir como miembro activo de su comunidad a su entorno social, cultural y económico. Los terapeutas ocupacionales utilizan como método terapéutico la ocupación sabiendo que “promueve la salud, previene la enfermedad y la discapacidad, favorece la recuperación del funcionamiento, la integración, la participación y el cambio social, así como la calidad de vida y el bienestar de los individuos y comunidades”¹⁹.

Se observa que la ocupación puede ofrecer oportunidades para facilitar la recuperación de las personas y el desarrollo y/o mantenimiento de habilidades para la vida independiente. La participación exitosa en las ocupaciones, puede desarrollar oportunidades para la contribución en la ciudadanía y de esperanza y optimismo para situaciones presentes y futuras. También puede ofrecer oportunidades para que se desarrollen habilidades de resiliencia y resolución de problemas, con el fin de manejar las situaciones de estrés en la vida diaria. El proceso de recuperación acentúa el desarrollo de responsabilidades, que ayuda a las personas a tomar el control de sus vidas²⁰.

Investigaciones, como la realizada por Mary Kelly²¹ en 2010, apoyan el papel esencial de la ocupación como necesidad básica en el proceso de recuperación para lograr una mejor calidad de vida. Se destaca la importancia de la TO como profesión que se centra en las fortalezas de las personas, empoderándolas y fomentando la recuperación.

Promover la salud es empoderar a las personas para que aumenten el control sobre la misma y alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Para ello, la persona debe ser capaz de identificar unas aspiraciones, satisfacer necesidades, cambiar el entorno y/o adaptarse a él²².

Ann Grady²³, en 1995, expone que la TO tiene el compromiso de construir comunidades inclusivas que permitan que todas las personas puedan desarrollar su potencial. Algunos terapeutas ocupacionales, como Fortune o Doroud²⁴, afirman que, según el modelo de atención comunitaria se deben ofrecer oportunidades para que los sujetos participen en la comunidad a través de la promoción en las actividades de la vida diaria. El compromiso ocupacional es un componente importante en el proceso de recuperación y, por ende, la exploración de las necesidades y preferencias ocupacionales de la persona usuaria deben estar incluidas durante el mismo. Los terapeutas ocupacionales colaboran en este proceso creando nuevas oportunidades con la persona para la participación en ocupaciones significativas en la comunidad^{24,25}.

La TO se fundamenta en la idea de que las personas pueden recuperarse y llevar una vida satisfactoria, significativa y productiva. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional²⁶ (AOTA) manifiesta que existe relación entre la filosofía de la recuperación y la profesión, ambas enfocadas a apoyar la resiliencia, la participación plena, la promoción de la salud y un estilo de vida de bienestar. Dichos profesionales trabajan en colaboración con el usuario, fomentando la motivación y la esperanza, facilitando así a participar plenamente en la comunidad y tener una mayor satisfacción en sus ocupaciones.

Existe evidencia que revela algunos de los factores clave influyentes en la recuperación de usuarios de servicios de Salud Mental: el conocimiento sobre la recuperación, el restablecimiento de un concepto de sí mismo en un entorno seguro, las barreras a la ocupación y la necesidad de participar en la ocupación para promover y mantener la Salud Mental. La TO es una disciplina clave que puede proporcionar un papel de liderazgo en la promoción de la Salud Mental basada en este paradigma²¹.

En esta misma línea, Terry Krupa²⁷ sugiere que la TO puede desempeñar un papel importante en la rehabilitación psiquiátrica en el contexto de este paradigma. Davidson et al²⁸ expresa que la participación en ocupaciones cotidianas es la base del proceso de recuperación y no el resultado. Este proceso puede recibir influencias positivas de la práctica cuando la participación en ocupaciones es respaldada por otras personas.

Autores como Merryman y Riegel²⁹ destacan que los terapeutas ocupacionales que adoptan un enfoque de recuperación deben considerar la integración comunitaria desde la perspectiva de los usuarios del servicio y enfocar la intervención en las áreas más significativas para ellos. Hurley y McKay³⁰ reconocen a su vez que los terapeutas ocupacionales siempre han tratado de trabajar de una manera holística, centrada en la persona, esperanzadora y enfocada en la solución. El paradigma de la recuperación requiere consistencia en la comprensión y el uso de términos entre los miembros del equipo y los usuarios del servicio. Este requisito puede constituir una barrera para el uso de este modelo, ya que a veces los

miembros del equipo son reacios a adoptar nueva terminología y modelos de práctica.

Anthony³¹ identifica muchas consecuencias de la enfermedad mental, incluyendo entre ellas discriminación, estigma, pobreza, segregación e iatrogenia. Estas consecuencias reflejan conceptos de injusticia ocupacional, entendiéndose esta como la limitación en la participación significativa de la persona, restringiéndola, o segregándola³².

Entre las similitudes existentes en esta disciplina con las filosofías citadas anteriormente, se encuentra el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP), cuyos conceptos centrales son: la práctica centrada en el cliente, capacitar/empoderar para la ocupación, holismo y ocupación significativa²³.

El CMOP ve a las personas como seres espirituales, agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medio, y participar como compañeros en una práctica centrada en la persona. “La terapia centrada en la persona busca su protagonismo en el proceso terapéutico, en un proceso de colaboración con el terapeuta”²³.

Este modelo defiende que la salud está muy influenciada por la capacidad de control de las ocupaciones diarias y se tiene que colaborar con la persona y empoderarla, mejorar la capacidad de la persona de elegir y desarrollar ocupaciones significativas y culturalmente aceptadas, en busca del cuidado personal y el disfrute de la vida para contribuir a la sociedad²³.

Existe una revisión en la literatura, realizada por Kirsh y Cockburn³³, que aborda la importancia del Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM) en la práctica orientada a la recuperación. Indican que esta herramienta “permite que los clientes y los proveedores de servicios trabajen juntos y dirijan su mirada a los roles y actividades que afectan la identidad de las personas, y aumentan sus oportunidades de autoactualizarse”³³.

La práctica orientada a la recuperación no es la filosofía habitual en el área de la Salud Mental. Es necesario reflexionar y desarrollar nuevas relaciones con los profesionales, comprometerse activamente con la comunidad y

crear oportunidades de participación y compromiso ciudadano. Se deben también desarrollar fortalezas para defender los derechos de las personas con enfermedad mental y darles significado personal y social a sus vidas ocupacionales³⁴.

En cuanto a la evidencia encontrada sobre el uso del enfoque de “Open Dialogue” en España, es inexistente. En países como Finlandia, este modelo está integrado por diferentes disciplinas, entre ellas, TO³⁵.

Tras lo expuesto anteriormente, y en base a la poca evidencia encontrada que relacione la TO con las filosofías explicadas, este proyecto de investigación pretende fomentar una mayor comprensión del paradigma de la recuperación y el modelo “Open Dialogue”. Pretende también a su vez explorar los puntos fuertes y de mejora en la práctica profesional para fomentar que los usuarios sean partícipes de la toma de decisiones en su proceso de intervención. Es determinante conocer si los usuarios de los servicios de Salud Mental perciben que estos fomentan su recuperación³⁶.

2. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [internet] Salud mental: Un estado de bienestar; 2013 [acceso 30 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. CIENC SAUDE COLETIVA. 2011;16(12):4615-4621.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. N°102. 1986.
4. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. Rev Esp Salud Pública 2011; 85(5):427-436.
5. Robert JF. Inserción, Salud Mental Comunitaria y Complejidad. Reflexiones de una experiencia. RES. 2005; 3:13.
6. Guerrero MJC, Sánchez OL, Sánchez ML. El modelo de recuperación en contra del estigma de la enfermedad mental. Hygia de enfermería. 2014 [citado el 22 de febrero de 2017] ;(86):8-14. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/hygia-86.pdf>
7. Farkas M. La consideración actual de la Recuperación, lo que es y lo que significa para los servicios de atención. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) 2007 [citado el 22 de febrero de 2017]; 5(2):68-74. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-09-2007-spa.pdf
8. Suesch Schwend A, Bono Del Trigo Á, Ibáñez Rojo V, Romero Cuesta J, Romero Jimeno MD, Tamayo-Velázquez MI, et al. Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2016 [citado el 19 de febrero de 2017];36(129):79-102. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=MTM0LmhvdGxpbms>
9. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad: Servicio Andaluz de Salud; 2008.
10. Ozamiz JA, Markez I, Ortiz A. Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. Nort salud Ment 2014;12(48):89-94.

11. Deegan PE. Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health* 2002;17(3-4):5-21.
12. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013;33(118):257-271.
13. Brown C, Stoffel VC. *Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation*. 1ª ed. FA Davis Company; 2011.
14. Haarakangas K, Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Diálogo Abierto: Una Aproximación Al Tratamiento Psicoterapéutico de La Psicosis en Finlandia del Norte.
15. Seikkula J. Becoming dialogical: Psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2011;32(3):179-193.
16. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011;3(3):192-204.
17. World Federation of Occupational Therapist. Definición Terapia Ocupacional [internet]. 2012 [acceso 30 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>
18. Simó Algado S, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. *Rev gallega de Terapia Ocupacional [Internet]* 2006 [citado el 18 de Abril de 2017];3:1-27. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>
19. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia ocupacional en salud mental*. Barcelona, Elsevier Masson; 2012.
20. McKay EA, Robinson K. Occupation analysis in practice. Creating occupational engagement to maximise recovery in mental health. 2011:217-231.
21. Kelly M, Lamont S, Brunero S. An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *BRIT J OCCUP THER*. 2010;73(3):129-135.

22. Organización Mundial de la Salud. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences: The Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet]. Ginebra. 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
23. Algado SS, Urbanowski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG. 2006 [citado el 15 de marzo de 2017]; (3):6. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/Expertol.pdf>
24. Doroud N, Fossey E, Fortune T. Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. Aust Occup Ther J 2015 [citado el 15 de mayo de 2017];62(6):378-392. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1440-1630.12238/epdf>
25. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review. AM J OCCUP THER. 2011;65(3):247-256.
26. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy's role in mental health recovery. AOTA 2011.
27. Krupa T, Fossey E, Anthony WA, Brown C, Pitts DB. Doing daily life: How occupational therapy can inform psychiatric rehabilitation practice. Psychiatr Rehabil J 2009;32(3):155.
28. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. : John Wiley & Sons; 2011.
29. Merryman MB, Riegel SK. The recovery process and people with serious mental illness living in the community: An occupational therapy perspective. Occupational Therapy in Mental Health 2007;23(2):51-73.
30. Hurley E, McKay EA. The recognition and adoption of the recovery approach by occupational therapists in acute psychiatric settings in Ireland. Irish Journal of Occupational Therapy 2009;37(2).

31. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal* 1993;16(4):11.
32. 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)* [revista en Internet]. 2011 [citado el 31 de mayo de 2017]; 8 (14): [18p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/historia1.pdf>
33. Kirsh B, Cockburn L. The Canadian Occupational Performance Measure: a tool for recovery-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2009;32(3):171.
34. Willard HS, Spackman CS, Hopkins HL, Smith HD. *Terapia ocupacional*. : Editorial Médica Panamericana; 2001.
35. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research* 2006;16(02):214-228.
36. Gruhl KL. Reflections on ... the recovery paradigm: should occupational therapists be interested? *Can J Occup Ther.*2005;72(2):96-102.
37. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. MC Graw Hill Educación. 5º edición. México; 2010.
38. Strauss AL, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 1º edición. Universidad de Antioquia Medellín; 2002.
39. Van Manen M. *Investigación educativa y experiencia vivida: Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad*. Barcelona: Idea Books;2003.
40. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. *Investigación cualitativa: manual para principiantes*. 1ª edición: Eunate; 2012.
41. Polit DF, Torre G. *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. 6ª edición. McGraw-Hill Interamericana;2000.

42. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* 2012;12(3):263-274.
43. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. [Acceso 30 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/estat_al/common/pdfs/2014/Ley_Organica_15-1999_de_13_de_diciembre_de_Proteccion_de_Datos_Consolidado.pdf
44. Pedroso JGR. Ética en Terapia Ocupacional. *Calidad y Convergencia Europea en Terapia Ocupacional* 2005:187.
45. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [Acceso 30 de noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

3. Hipótesis

Los profesionales y los recursos de Salud Mental deben intentar crear condiciones en las cuales los individuos se sientan con poder de decisión, de tal modo que el sentido de la “autogestión” personal pueda desarrollarse⁹.

Al tratarse de una investigación cualitativa de carácter inductivo no se parte de hipótesis deductivas. Si bien, adelantamos la siguiente microhipótesis o intuición investigativa elaborada tras la revisión y la experiencia práctica:

¿Cómo es la perspectiva de las personas usuarias de dispositivos de Salud Mental, en lo relativo a su participación, en su propio proceso de intervención?

¿Cómo es la perspectiva de los profesionales de dispositivos de Salud Mental, de su participación y la de los usuarios en el proceso de intervención?

4. Objetivos

El estudio tiene como objetivos generales:

- Explorar la percepción que tienen los usuarios de su participación en el proceso de intervención.
- Explorar el conocimiento de profesionales de Salud Mental acerca de modelos comunitarios

Los objetivos específicos son:

- Analizar la aplicación de dichos modelos en los diferentes recursos.
- Explorar la participación de los usuarios en la toma de decisiones.
- Conocer el valor que le dan los usuarios a las intervenciones en las diferentes etapas de su enfermedad.

5. Metodología

La metodología utilizada será cualitativa, siguiendo un enfoque teórico-metodológico basado en la fenomenología, que describe la realidad a través de las perspectivas y vivencias de los informantes, realizado mediante entrevistas individuales semiestructuradas³⁷.

La investigación cualitativa es un tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado mediante procedimientos estadísticos o cuantitativos. Esto hace referencia a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos, movimientos sociales o interacciones³⁸.

La fenomenología, cuyo principal impulsor fue Husserl, es un diseño que busca el entendimiento de la conducta humana desde la propia perspectiva del sujeto. Se ocupa de las vivencias o de las experiencias vividas, busca la esencia de un significado, alejando las ideas preestablecidas del investigador antes de acceder al campo³⁹.

5.1. Ámbito de estudio

La investigación se desenvolverá en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servizo Galego de Saúde de la provincia de A Coruña y en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL) de la provincia de A Coruña.

5.2. Entrada al campo

La entrada al campo se produce a través de los contactos establecidos durante las prácticas clínicas pertenecientes a las asignaturas “Estancias Prácticas V” y “Estancias Prácticas VII”, del tercer y cuarto curso de la titulación de Grado de Terapia Ocupacional. Se presentará la propuesta de estudio a los responsables de ambos recursos donde se realizará la investigación (ANEXOS II, III). También se presentará el compromiso de la investigadora principal y se enviará la solicitud al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia (CAEI) (ANEXO IV).

Una vez obtenida la aceptación del Comité, los profesionales de cada centro son los encargados de ofrecer la participación de manera voluntaria a usuarios y profesionales. Se les entregará un documento de información y otro de consentimiento informado (ANEXO V, VI, VII y VIII).

5.3. Selección de informantes

Para la selección de la muestra se utilizará un muestreo teórico intencionado, ya que se tienen en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para obtener los perfiles que permitan responder a los objetivos del estudio. Este tipo de muestreo aporta mayor información y validez y ayuda a comprender el objeto de estudio⁴⁰.

En la investigación cualitativa, la representatividad de la muestra no viene dada por un número sino por los perfiles de informantes que ofrecerán información significativa respecto al objeto de estudio y por el momento en el que se alcanza la saturación de datos. El tamaño de la muestra de partida será de 30 personas, que corresponde con el número de perfiles de los informantes (21 perfiles de usuarios y 9 perfiles de profesionales). El tamaño de la muestra se cerrará en el momento que se alcance la saturación teórica, esto ocurre cuando no se obtiene nueva información y esta comienza a ser redundante⁴¹.

La población de estudio estará formada por dos grupos de informantes. El primero, por los usuarios que acudan al Hospital de Día o al Centro de Rehabilitación Psicosocial. El segundo grupo estará formado por profesionales sociosanitarios con experiencia en Salud Mental que trabajen en dichos centros.

Los criterios de inclusión y exclusión para el grupo de usuarios se detallan en la Tabla I.

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

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Estar diagnosticado de un trastorno mental. - Ser usuario del Hospital de Día y/o Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral antes descritos.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Encontrarse en un estado agudo en su enfermedad durante el período de estudio. - Ser menor de 18 años o mayor de 65 años.

Los criterios de inclusión y exclusión para el grupo de profesionales se detallan en la Tabla II.

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

Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Tener experiencia en el campo de Salud Mental. - Personal sociosanitario del Hospital de Día y/o el Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar menos de 6 meses trabajando en el recurso.

5.4. Perfiles de los informantes

Para seleccionar los grupos de participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, se definen los perfiles de la muestra. Se seleccionan características que puedan influir en los discursos para obtener una información más rica y con diferentes perspectivas.

En el grupo de usuarios se han seleccionado los siguientes perfiles en la Tabla III:

Tabla III. Perfiles de los usuarios. Elaboración propia.

Género	Rango de edad (años)	Núcleo de convivencia	Recursos utilizados	Tiempo desde el diagnóstico (años)
Hombre	Entre 18 y 28	Sólo	1	Menos de 5
	Entre 28 y 38	Pareja	>1	
Mujer	Entre 38 y 48	Familia		Entre 5 y 10
	Entre 48 y 58			
	Entre 58 y 65	Compañeros		Más de 10

Existirá al menos una persona de género masculino y una de género femenino para cada rango de edad, con el objetivo de conocer la influencia del género en las experiencias de los informantes a lo largo de su ciclo vital. En el resto de perfiles se buscará esa representatividad de género, pero no será obligatorio.

En cuanto al criterio de edad, se ha hecho una clasificación en rango de 10 años, para analizar posibles diferencias según en el ciclo vital en el que se encuentran.

El número de recursos por los que haya pasado la persona influye en su experiencia y en su proceso de recuperación.

Respecto al núcleo de convivencia, la experiencia de la persona puede no ser la misma dentro de un entorno familiar, en una convivencia con pareja o con compañeros. El soporte recibido en el núcleo de convivencia puede actuar como barrera o como facilitador y puede influir en la recuperación y en la perspectiva que tiene el usuario de su propia enfermedad.

El tiempo que acontece después del diagnóstico, se divide en rangos de 5 años y, se necesitará de al menos una persona que cumpla con cada uno

de estos perfiles para explorar las diferentes perspectivas según la experiencia que se tenga de la enfermedad y su proceso de intervención. En el grupo de profesionales se han seleccionado los perfiles correspondientes en la Tabla IV:

Tabla IV. Perfiles de los profesionales. Elaboración propia.

Género	Experiencia en el dispositivo (años)
Hombre	Menos de 10
Mujer	Más de 10

Es preciso al menos un perfil de género masculino y otro de género femenino en cada grupo de informantes para explorar cómo influye el género en los discursos de los usuarios y profesionales.

Se clasifica la experiencia del profesional en el dispositivo para explorar las diferencias que puedan existir en las perspectivas y discursos de las mismas.

5.5. Recogida de datos

En la recogida de información se recopilarán datos para ser analizados y dar respuesta a la pregunta de investigación. En este proyecto se pretende conocer las experiencias y percepciones de personas y se utilizarán dos métodos de recogida: una entrevista individual semiestructurada y el diario de campo⁴⁰.

En la entrevista semiestructurada, se utilizará una guía de preguntas que se deberán abordar con cada uno de los participantes. El objetivo del investigador con este tipo de entrevista es motivar a los sujetos a expresarse con libertad acerca de los temas a tratar⁴¹.

El diario de campo se utilizará para añadir información que se pueda observar a lo largo del proceso, como lenguaje no verbal y/o información relevante tenidas en cuenta durante la entrevista.

Las entrevistas individuales se llevarán a cabo en los dos grupos de informantes que componen la muestra (ANEXOS IX y X). Las entrevistas están compuestas por preguntas abiertas que servirán de guía, la entrevistadora podrá redirigirlas o añadir preguntas adicionales según las necesidades del estudio. Tendrán una duración aproximada de 30 minutos y serán realizadas en despachos privados de cada recurso, para favorecer un clima adecuado.

Se presentará a los participantes un consentimiento donde se les informa que las entrevistas serán grabadas en audio, para evitar pérdidas de información y no entorpecer la fluidez de la entrevista. Si no aceptan ser grabados, se tomarán notas en papel. También se les explicará que las entrevistas estarán codificadas, garantizándose así el anonimato de los mismos (ANEXO XI). Las entrevistas se transcribirán siguiendo un código para que los participantes no puedan ser identificados y se eliminarán posteriormente de las transcripciones datos que puedan identificarlos. Tanto las grabaciones como las transcripciones se guardarán en un ordenador y al finalizar el estudio serán destruidas.

Los participantes podrán no contestar a alguna pregunta o cancelar la entrevista en el momento que consideren oportuno. Las preguntas propuestas pueden sufrir cambios con el paso del tiempo debido al desarrollo de las mismas y a la lectura de nueva bibliografía.

Se dará como terminada la recogida de datos, cuando se alcance la saturación teórica, es decir, cuando los datos ya no aporten información nueva³⁷.

5.6. Plan de análisis

Después de la recogida de datos, el investigador llevará a cabo una transcripción de todas las entrevistas realizadas, quedando registradas de forma narrativa para evitar pérdidas de información y asegurar así la fiabilidad del estudio.

Se realizará una triangulación de los datos, que consiste en contrastar la información con los investigadores colaboradores para tener en cuenta diferentes puntos de vista y así garantizar mayor validez y calidad del

estudio. Del análisis de las transcripciones, emergerán categorías de significado, que llevarán a los resultados de la realidad estudiada. Las categorías son conceptos, experiencias y/o hechos relevantes con significado que emergen de los discursos de los participantes⁴⁰.

Por último, se establecen las conclusiones del estudio a través de la síntesis de los hallazgos más relevantes, finalizando así con el plan de análisis.

5.7. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de información utilizada en este proyecto se ha realizado a través de bases de datos, libros de la biblioteca de la Facultad de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña, Google Académico y una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos:

- Pubmed
- Scopus
- Dialnet
- Lilacs

También se ha hecho uso del servicio de préstamo interbibliotecario de la Universidade da Coruña, así como en páginas Web específicas para ampliar información sobre el tema. En la estrategia de búsqueda, detallada en el ANEXO XIII., se realizaron combinaciones de términos, utilizando el operador booleano “AND”, y empleando los siguientes descriptores: “Recovery paradigm”, “Recovery*”, “Mental Health”, “Open Dialogue”, “Occupational Therapy”, “recuperación”, “Salud Mental”, “Diálogo Abierto”, “Terapia Ocupacional”.

5.8. Limitaciones

Una de las limitaciones encontradas en la realización del estudio es la escasa bibliografía sobre estas filosofías en España.

Los participantes podrían en algún momento de la entrevista, no sentirse cómodos al revelar información sobre su propia experiencia. Que esta situación ocurra puede afectar en las respuestas y por lo tanto a los resultados del estudio.

5.9. Rigor y credibilidad

La literatura recoge los pilares fundamentales para garantizar la calidad y el rigor en la investigación cualitativa y expone algunos criterios necesarios que garantizan su cumplimiento⁴².

- **Credibilidad o valor de la verdad:** se aplica a través de la observación y las conversaciones del investigador con los participantes para recoger toda la información necesaria. Se fundamenta a través de la transcripción textual de las entrevistas y las anotaciones en el diario de campo y la posterior triangulación de los datos⁴².
- **Transferibilidad o aplicabilidad:** consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos, ya que, los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. Se puede decir que los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo con el contexto en que se apliquen. Esto se consigue a través de la descripción detallada del contexto y de las características de la población donde se estudia el fenómeno⁴².
- **Consistencia o dependencia:** conocido también como replicabilidad, hace referencia a la estabilidad de los datos. En la investigación cualitativa la estabilidad de los datos no está asegurada, como tampoco la replicabilidad exacta debido a la amplia diversidad de realidades analizadas por el investigador. Se consigue con la triangulación de investigadores y explicando detalladamente los criterios de selección de participantes, el diseño de la investigación y el plan de trabajo realizado⁴².
- **Confirmabilidad o reflexividad:** hace referencia a la objetividad y neutralidad del investigador. Se ofrece a través de las técnicas de triangulación, la realización de transcripciones textuales de las entrevistas y con la reflexión personal del investigador sobre su posición, prejuicios o creencias³⁷.

5.10. Aplicabilidad

Los resultados de este estudio aportarán un mayor conocimiento sobre las vivencias que tienen las personas con disfunción en la Salud Mental, desde la perspectiva de los usuarios y los profesionales.

Además, ayudarán a crear evidencia sobre la disciplina de TO y concienciar sobre la calidad de la intervención en Salud Mental.

A nivel comunitario, una de las aplicabilidades es concienciar sobre la importancia que tiene el entorno y las redes de apoyo para la persona.

Asimismo, lo que pretende este estudio es conocer si las personas usuarias de recursos de Salud Mental se sienten tenidas en cuenta, son empoderadas, valoradas y partícipes en su proceso de intervención y mejorar y/o adaptar la intervención.

6. Plan de trabajo

El plan de trabajo de este proyecto se divide en dos partes. La primera parte, conformada por la redacción del proyecto y la búsqueda bibliográfica en mayor profundidad. La segunda parte englobará el desarrollo del trabajo, que incluirá la búsqueda de informantes, recogida de datos, análisis de datos, elaboración de resultados, conclusiones y la difusión de los datos. La distribución de las diferentes fases se expone en la Tabla V.

La realización del proyecto de investigación forma parte de la asignatura "Trabajo de Fin de Grado", correspondiente al cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional del curso académico 2016/2017. Posteriormente, en el curso 2017/2018 se pretende desarrollar el proyecto durante la realización de un máster, enfocado al Trabajo de Fin de Máster.

Tabla V. Cronograma de organización. Elaboración propia.

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	
	2017																				
Búsqueda bibliográfica																					
Propuesta y redacción proyecto																					
Presentación al comité de ética																					
Selección de participantes									(*)												
Recogida de datos																					
Análisis de datos																					
Resultados y conclusiones																					
Difusión de resultados																					

*El cronograma podrá sufrir modificaciones a razón de la confirmación del comité de ética.

7. Aspectos éticos y legales

La política de confidencialidad regida en el estudio está regulada por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esta ley regula que los datos obtenidos en la investigación no serán empleados con fines lucrativos y se emplearán únicamente para la investigación, siendo posteriormente destruidos. Los datos obtenidos serán protegidos con anonimato y confidencialidad⁴³.

Ya que en este estudio participarán personas, se tendrá en cuenta el Código Ético de TO y la Declaración de Helsinki para garantizar sus derechos fundamentales^{44,45}.

8. Plan de difusión de resultados

La difusión de resultados será realizada una vez terminado el estudio de investigación, pretendiendo publicar los resultados y conclusiones del mismo en diferentes revistas nacionales e internacionales. Se pretende contribuir de forma activa en la producción científica de TO y Salud Mental.

Revistas nacionales

- Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
- Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
- Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría.
- Revista de Psiquiatría y Salud Mental (factor de impacto JCR 2015:1.650).
- European Journal of Psychiatry (factor de impacto JCR 2015: 0.711).

Revistas internacionales

- Annual Review of Psychology (factor de impacto JCR 2015: 19.085 – SJR 2015: 12.856)
- Psychological Bulletin (factor de impacto JCR 2015: 14.839 – SJR 2015: 8.106)
- Psychiatric Rehabilitation Journal (factor de impacto JCR 2015: 0.631 - SJR 2015: 0.692)
- American Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2015: 1.806 - SJR 2015: 0.913)
- Scandinavian Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2015: 0,957- SJR 2015: 0.618)
- Australian Occupational Therapy Journal (factor de impacto JCR 2015: 1.404 - SJR 2015: 0.590)
- Occupational Therapy International (factor de impacto JCR 2015: 0.683 - SJR 2015: 0.461)
- British Journal of Occupational Therapy (factor de impacto JCR 2015: 0.935 - SJR 2015: 0.403)

Comunidad

Se realizará una difusión en la comunidad mediante exposiciones divulgativas en centros de educación, asociaciones, diferentes recursos de Salud Mental, ayuntamientos y centros culturales.

Congresos

Para la exposición de la investigación en congresos se escogerán aquellos que sean propios de la disciplina de TO y relacionados con el ámbito de Salud Mental.

- Congreso Portugués de Psiquiatría. Algarve, 25-27 de enero. 2018.
- XXI Congreso Nacional de Psiquiatría. Granada, 2018.
- Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) organizada por la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Madrid 2018.
- XXI Congreso FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con enfermedad mental). 2018.

9. Financiación de la investigación

9.1. Recursos y presupuesto

Los recursos que se utilizarán para la investigación vienen reflejados en la Tabla VI.

Durante todo el proceso se contará con una terapeuta ocupacional que será la investigadora principal. Iniciará con la entrada en el campo, durante un total de 12 meses. Contará con la colaboración de dos directoras para apoyar en dudas teóricas y metodológicas.

En cuanto a los recursos materiales, se necesitará material audiovisual (portátil, impresora y grabadora) de la propia investigadora y material fungible (cuaderno de campo, folios, etc.).

Por último, los recursos necesarios para la movilidad y la difusión de los resultados, que incluyen las dietas, desplazamientos, alojamientos e inscripciones a los diferentes congresos.

El precio total estimado para la realización del estudio es de **3.200€**.

Tabla VI. Presupuesto estimado del proyecto. Elaboración propia.

Recursos necesarios		Coste	
Recursos humanos			
1 terapeuta ocupacional: investigadora principal		12 meses	0€
2 investigadores colaboradores			
Recursos materiales			
Material audiovisual	Portátil	Propios de la investigadora	0€
	Impresora		
Grabadora			
Material fungible	Material de oficina	150€	
	Tinta de impresora	50€	
Congresos	Inscripción, alojamiento y congresos	2.500€	
Dietas y desplazamientos		500€	
TOTAL		3.200€	

9.2. Posibles fuentes de financiación

Para la financiación de la investigación se ha hecho una búsqueda de diferentes organismos que ofertan ayudas y becas para la investigación a nivel estatal, autonómico o local. Las convocatorias son de carácter anual y el plazo de entrega de solicitudes finaliza este año. Al tratarse de becas que se han dado anualmente, se espera que abran plazo para presentar la solicitud en el año 2018. Las ayudas que se podrían solicitar para la financiación del proyecto se detallan a continuación (véase Tabla VII):

Tabla VII. Posibles fuentes de financiación. Elaboración propia.

Organismo	Tipo de convocatoria	Línea de actuación
Obra Social La Caixa	Convocatoria de interculturalidad y acción social	Impulsar proyectos que fomenten la igualdad de oportunidades para todas las personas, para la promoción de una sociedad presente y futura más justa y cohesionada.
Fundación BBVA	Becas Leonardo a Investigadores y Creadores Culturales	Destinadas a apoyar el desarrollo de proyectos personales de investigadores y creadores culturales en estadios intermedios de su carrera, de entre 30 y 45 años y con una producción científica, tecnológica o cultural altamente innovadora.
Fundación Mapfre	Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi	Ayudas para la realización de proyectos de investigación en las siguientes áreas: promoción de la salud, prevención y seguridad vial y/o seguro y previsión social.
Asociación Pro-Enfermos Mentales (APEM) y Consorcio das Mariñas	IV Premio José Luis Muruzábal	Proyectos innovadores en el ámbito sociolaboral y/o socioeducativo en personas con enfermedad mental.

Anexos

ANEXO I. Abreviaturas utilizadas

ANEXO II. Solicitud al recurso para la realización del estudio de investigación

ANEXO III. Autorización por parte del recurso para la realización del estudio de investigación

ANEXO IV: Solicitud al Comité de Ética

ANEXO V. Hoja de información al usuario sobre el estudio de investigación

ANEXO VI. Hoja de información al profesional sobre el estudio de investigación

ANEXO VII. Consentimiento informado Hospital de Día

ANEXO VIII. Consentimiento informado CRPL

ANEXO IX. Entrevista Grupo I de informantes (usuarios)

ANEXO X. Entrevista Grupo II de informantes (profesionales)

ANEXO XI. Plantilla de codificación para el análisis de las transcripciones

ANEXO XII. Solicitud de exención de tasas de estudios de investigación no comerciales por el CAEI de Galicia

ANEXO XIII. Estrategia de búsqueda bibliográfica

ANEXO I. Abreviaturas utilizadas

CAEI: Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia

CMOP: Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional

CRPL: Centro de Rehabilitación Psicosocial y laboral

EE.UU: Estados Unidos

OMS: Organización Mundial de la Salud

TO: Terapia Ocupacional

WFOT: Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales

ANEXO II. Solicitud al recurso para la realización del estudio de investigación

Yo, _____, me dirijo a usted como jefe de servicio/ coordinador del recurso con el propósito de solicitar el permiso para efectuar un estudio de investigación en el centro del que es responsable.

El estudio a realizar tiene por título: “Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”.

La razón de la realización de esta investigación es la falta de evidencia científica sobre perspectivas de profesionales y usuarios sobre las intervenciones llevadas a cabo desde diferentes recursos de Salud Mental. Para la recogida de datos se realizarán entrevistas individuales a usuarios y profesionales del centro.

Se solicita su consentimiento para llevar a cabo el trabajo de investigación. Los datos obtenidos serán protegidos con anonimato y confidencialidad, siguiendo la política de confidencialidad regida en el estudio, que está regulada por Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Atentamente

Ana Vivero Castro

En A Coruña a ____ de _____ de 201__

Firma de la investigadora

Firma de la terapeuta ocupacional

ANEXO III. Autorización por parte del recurso para la realización del estudio de investigación

Yo _____ responsable del recuso, autorizo a Ana Vivero Castro, con DNI_____, a desarrollar su trabajo de investigación: “Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”, a realizarse en las instalaciones de la misma y a divulgar los resultados en medios científicos, manteniendo la confidencialidad y anonimato, cumpliendo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para que conste a los efectos oportunos firmo la presente autorización.

En A Coruña a _____ de 201__

El/la responsable

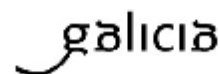
Fdo.

ANEXO IV: Solicitud al Comité de Ética



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaría Técnica
Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia
Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/D^a:

con teléfono:

y correo electrónico:

SOLICITA la evaluación de:

- Protocolo nuevo de investigación
- Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
- Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título:

Promotor:

MARCAR si el promotor es sin ánimo comercial y confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según la Ley de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia (más información en la web de comités)

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos
- Investigación clínica con productos sanitarios
- Estudio Posautorización con medicamento de seguimiento Prospectivo (EPA-SP)
- Otros estudios no catalogados en las categorías anteriores.

Investigadores y centros en Galicia:

Y adjunto envío la documentación en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

A de 2016

Firmado:

Red de Comités de Ética de la Investigación
Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

ANEXO V. Hoja de información al usuario sobre el estudio de investigación

Título del estudio: “Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”.

Investigador: Ana Vivero Castro, con DNI _____. El trabajo será tutorizado por las terapeutas ocupacionales y profesoras de la Universidade da Coruña: Dña. María del Carmen García Pinto y Dña. Paula Díaz Romero.

Resumen del estudio:

El presente documento tiene como finalidad ofrecer la información sobre el estudio en el que se le propone participar. El estudio se desarrollará en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servizo Galego de Saúde y en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la provincia de A Coruña.

Debe leer todo el documento y hacer las preguntas necesarias que le ayuden a comprender los detalles del mismo. Puede tomarse un tiempo en decidir si quiere participar o no, o consultarlo con otras personas.

- El estudio tiene como objetivo general:

Explorar la percepción que tienen los usuarios de su participación en el proceso de intervención.

- Participación voluntaria y retirada del estudio.

Los participantes en el estudio deben saber que dicha participación es de carácter voluntario y que podrán cambiar de opinión y retirar el consentimiento en cualquier momento del estudio. Su negativa no afectará en ningún momento a la atención sanitaria recibida.

- ¿Quién puede participar?

Podrán participar personas diagnosticadas con un trastorno mental que hayan sido usuarias de diferentes recursos de Salud Mental (asociación u Hospital de Día).

- **Compensación económica:**

Hay que destacar que no se realizará ningún tipo de compensación económica a ninguno de los participantes en el estudio, ya que el estudio no tiene fines lucrativos.

- **¿En qué consiste su participación?**

La participación consiste en la realización de una entrevista individual abierta, donde puede expresar libremente su opinión. El objetivo de esta entrevista es saber su opinión sobre las intervenciones llevadas a cabo en recursos de Salud Mental y conocer cómo influyeron estas en su día a día. El investigador grabará la entrevista en audio o tomará notas en papel y hará una posterior transcripción de los datos relevantes para el estudio, si usted así lo autoriza.

Los datos serán codificados. Cada persona tendrá un código que lo identifique, pero a la información de la codificación sólo pueden acceder las investigadoras. Al finalizar el estudio la información recogida será eliminada de tal forma que no se podrá identificar a los participantes. Tanto las grabaciones como las transcripciones en las que haya datos que puedan identificar a un participante, se borrarán.

Los datos serán tratados de acuerdo a la política de confidencialidad regulada por *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Esta ley regula que los datos obtenidos en la investigación no serán empleados con fines lucrativos y se emplearán únicamente para la investigación, siendo posteriormente destruidos.

Usted debe saber que el estudio está aprobado por el Comité Autonomático de Ética de la Investigación de Galicia, con fecha de (cuando se obtenga).

Folla de información ó usuario sobre o estudo de investigación

Título do estudo: “Percepción do proceso de intervención e desempeño ocupacional na saúde mental: diferentes perspectivas”.

Investigador: Ana Vivero Castro, con DNI_____. O traballo será tutorizado polas terapeutas ocupacionais e profesoras da Universidade da Coruña: Dna. María del Carmen García Pinto y Dna. Paula Díaz Romero.

Resumo do estudo:

O presente documento ten como finalidade ofrecer información sobre o estudo no que se lle propón participar. O estudo desenvolverase nun Hospital de Día de Psiquiatría do Servicio Galego de Saúde e nun Centro de Rehabilitación Psicosocial e Laboral da provincia de A Coruña.

Debe ler todo o documento e facer as preguntas precisas que lle axuden a comprender os detalles do mesmo. Pode demorar un tempo en decidir a súa participación ou consultalo con outras persoas.

- O estudo ten como obxectivos xerais:

Explorar a percepción que teñen os usuarios da súa participación no proceso de intervención.

- Participación voluntaria e retirada do estudo.

Os participantes do estudo deben saber que participar é voluntario, pódese cambiar de opinión e retirar o consentimento en calquera momento. A súa negativa non afectará a atención sanitaria recibida.

- Quen pode participar?

Poden participar persoas diagnosticadas con un trastorno mental que foran usuarios de diferentes recursos de Saúde Mental (asociación ou Hospital de Día).

- Compensación económica:

Hai que destacar que, non se realizará compensación económica a ningún dos participantes do estudo, xa que este non ten fins lucrativos.

- En qué consiste a súa participación?

A participación consiste na realización dunha enquisa individual aberta, onde se poda expresar libremente a opinión. O obxectivo da entrevista é coñecer a súa opinión sobre as intervencións levadas a cabo en recursos de Saúde Mental e coñecer cómo influiron as mesmas no seu día a día. O investigador gravará a entrevista en audio ou tomará notas en papel e fará unha posterior transcripción dos datos relevantes para o estudo, se así o permite.

Os datos serán cifrados, cada persoa terá un código que o identifique, a información de cifrado só poderán acceder os investigadores. Ao final do estudo, a información recollida será eliminada de xeito que non se poda identificar os participantes. As gravacións e transcripcións nas que haxa datos que poidan identificar un participante serán eliminadas.

Os datos serán tratados de acordo coa política de privacidade regulada pola Lei 15/1999, de 13 de decembro de Protección de Datos Personais. Esta lei regula que os datos obtidos no ámbito da enquisa non serán utilizados para fins de lucro e será utilizada só para a investigación, sendo máis tarde destruído.

Ten que saber que o estudo foi aprobado polo Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia, con data de (cando se obteña).

ANEXO VI. Hoja de información al profesional sobre el estudio de investigación

Título del estudio: “Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”.

Investigador: Ana Vivero Castro, con DNI _____. El trabajo será tutorizado por las terapeutas ocupacionales y profesoras de la Universidade da Coruña: Dña. María del Carmen García Pinto y Dña. Paula Díaz Romero.

Resumen del estudio:

El presente documento tiene como finalidad ofrecer la información sobre el estudio en el que se le propone participar. El estudio se desarrollará en un Hospital de Día de Psiquiatría del Servizo Galego de Saúde y en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la provincia de A Coruña. Debe leer todo el documento y hacer las preguntas necesarias que le ayuden a comprender los detalles del mismo. Puede tomarse un tiempo en decidir si quiere participar o no, o consultarlo con otras personas.

- El estudio tiene como objetivos generales:

- Explorar el conocimiento de profesionales de Salud Mental acerca de modelos comunitarios y saber si se está llevando a cabo dicho enfoque en los diferentes recursos.

- Participación voluntaria y retirada del estudio.

Los participantes en el estudio deben saber que dicha participación es de carácter voluntario y que podrán cambiar de opinión y retirar el consentimiento en cualquier momento del estudio.

- ¿Quién puede participar?

Podrán participar los diferentes profesionales que tengan experiencia en Salud Mental y que trabajen en los recursos de estudio.

- Compensación económica:

Hay que destacar que no se realizará ningún tipo de compensación económica a ninguno de los participantes en el estudio, ya que el estudio no tiene fines lucrativos.

- ¿En qué consiste su participación?

La participación consiste en la realización de una entrevista individual abierta, donde puede expresar libremente su opinión. El objetivo de esta entrevista es saber su opinión sobre las intervenciones llevadas a cabo en recursos de Salud Mental y conocer qué expectativas se tienen de las mismas. El investigador grabará la entrevista en audio o tomará notas en papel y hará una posterior transcripción de los datos relevantes para el estudio, si usted así lo autoriza.

Los datos serán codificados. Cada persona tendrá un código que lo identifique, pero a la información de la codificación sólo pueden acceder las investigadoras. Al finalizar el estudio la información recogida será eliminada de tal forma que no se podrá identificar a los participantes. Tanto las grabaciones como las transcripciones en las que haya datos que puedan identificar a un participante, se borrarán.

Los datos serán tratados de acuerdo a la política de confidencialidad regulada por Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Esta ley regula que los datos obtenidos en la investigación no serán empleados con fines lucrativos y se emplearán únicamente para la investigación, siendo posteriormente destruidos.

Usted debe saber que el estudio está aprobado por el Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia, con fecha de (cuando se obtenga).

Folla de información ó profesional sobre o estudo de investigación

Título do estudo: “Percepción do proceso de intervención e desempeño ocupacional na saúde mental: diferentes perspectivas”.

Investigador: Ana Vivero Castro, con DNI_____. O traballo será tutorizado polas terapeutas ocupacionais e profesoras da Universidade da Coruña: Dna. María del Carmen García Pinto y Dna. Paula Díaz Romero.

Resumo do estudo:

O presente documento ten como finalidade ofrecer información sobre o estudo no que se lle propón participar. O estudo desenvolverase no Hospital de Día de Psiquiatría do Servizo Galego de Saúde.

Debe ler todo o documento e facer as preguntas precisas que lle axuden a comprender os detalles do mesmo. Pode demorar un tempo en decidir a súa participación ou consultalo con outras personas.

- O estudo ten como obxectivos xerais:
 - Explorar a percepción dos profesionais da Saúde Mental sobre os modelos comunitarios e saber se existe este enfoque nos diferentes recursos.

- Participación voluntaria e retirada do estudo.

Os participantes do estudo deben saber que participar é voluntario, pódese cambiar de opinión e retirar o consentimento en calquera momento.

- ¿Quen pode participar?

Poden participar diferentes profesionais que teñan experiencia en Saúde Mental que traballen nos recursos de estudo.

- Compensación económica:

Hai que destacar que, non se realizará compensación económica a ningún dos participantes do estudo, xa que este non ten fins lucrativos.

- ¿En qué consiste a súa participación?

A participación consiste na realización dunha enquisa individual aberta, onde se poda expresar libremente a opinión. O obxectivo da entrevista e coñecer a súa opinión sobre as intervencións levadas a cabo en recursos de saúde mental e coñecer as expectativas que se teñen das mesmas.

O investigador gravará a entrevista en audio ou tomará notas en papel e fará unha posterior transcripción dos datos relevantes para o estudo, se así o permite.

Os datos serán cifrados, cada persoa ten un código que o identifica, pero a información de cifrado só poden acceder os investigadores. Ao final do estudo, a información recollida será eliminada de xeito que non se poda identificar os participantes. As gravacións e transcripcións nas que haxa datos que poidan identificar un participante serán eliminadas.

Os datos serán tratados de acordo coa política de privacidade regulada pola Lei 15/1999, de 13 de decembro de Protección de Datos Personais. Esta lei regula que os datos obtidos no ámbito da enquisa non serán utilizados para fins de lucro e será utilizada só para a investigación, sendo máis tarde destruído.

Ten que saber que o estudo foi aprobado polo Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia, con data de (cando se obteña).

ANEXO VII. Consentimiento informado Hospital de Día

Yo _____

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: <i>“Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al Participante del Estudio y comprendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis aportaciones cuando así lo pida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy permiso para ser informado por los miembros de la investigación, sobre los resultados del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con los investigadores si lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizo a los investigadores a la grabación de audio de las entrevistas realizadas a mi persona, a su posterior transcripción y a la publicación de los resultados, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos. Estas grabaciones serán eliminadas al finalizar el estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto que se tomen notas durante la entrevista manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Investigador responsable: M ^o Carmen García Pinto	Acompañante (Tutor o representante legal):

Fecha:

En el caso de que necesite ponerse en contacto con la investigadora principal del estudio, puede enviar un correo a xxxxx@xx.xx, para contactar con la Investigadora Principal: Ana Vivero Castro. Muchas gracias por su colaboración.

Consentimento informado Hospital de Día

Eu _____

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria no estudo: “Percepción do proceso de intervención e desempeño ocupacional na saúde mental: diferentes perspectivas”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lin a folla de información ó participante e entendo que a miña participación é voluntaria e que eu podo eliminar ou pedir que retiren as miñas contribucións, cando proceda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou permiso para ser informado, polos membros da investigación, sobre os resultados do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que a información do estudo será confidencial e que ningunha persoa non autorizada terá acceso ós datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei como poñerme en contacto cos investigadores, se o necesitase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou permiso a que se me grave nas entrevistas realizadas, á posterior transcripción e á publicación dos resultados mantendo a confidencialidade dos meus datos. As gravacións serán eliminadas ó remate do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto que se me tomen notas durante a entrevista, mantendo sempre a confidencialidade dos meus datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Investigador responsable: M ^o Carmen García Pinto	Acompañante (Titor ou representante legal):

Data:

No caso de que precise poñerse en contacto coa investigadora do estudo, pode enviar un correo a xxxxx@xx.xx, para falar coa investigadora principal: Ana Vivero Castro. Moitas grazas pola súa colaboración.

ANEXO VIII. Consentimiento informado CRPL

Yo _____

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria en el estudio: <i>“Percepción del proceso de intervención y desempeño ocupacional en Salud Mental: diferentes perspectivas”</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He leído la Hoja de Información al Participante del Estudio y comprendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar o solicitar que retiren mis aportaciones cuando así lo pida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doy permiso para ser informado, por los miembros de la investigación, sobre los resultados del estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los datos o a las muestras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo ponerme en contacto con las investigadoras si lo necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizo a las investigadoras a la grabación de audio de las entrevistas realizadas a mi persona, a su posterior transcripción y a la publicación de los resultados manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos. Estas grabaciones serán eliminadas al finalizar el estudio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto que se tomen notas durante la entrevista, manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Investigador responsable: Paula Díaz Romero	Acompañante (Tutor o representante legal):

Fecha:

En el caso de que necesite ponerse en contacto con la investigadora del estudio puede enviar un correo a xxxx@xx.xx, para hablar con la Investigadora Principal: Ana Vivero Castro. Muchas gracias por su colaboración.

Consentimento informado CRPL

Eu _____

	SI	NO
Acepto participar de forma voluntaria no estudo: “Percepción do proceso de intervención e desempeño ocupacional na saúde mental: diferentes perspectivas”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lin a folla de información ó participante e entendo que a miña participación é voluntaria e que eu podo eliminar ou pedir que retiren as miñas contribucións, cando proceda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou permiso para ser informado, polos membros da investigación, sobre os resultados do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprendo que a información do estudo será confidencial e que ningunha persoa non autorizada terá acceso os datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sei como poñerme en contacto cos investigadores, se o necesitase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou permiso a que se me grave nas entrevistas realizadas, á posterior transcripción e á publicación dos resultados mantendo a confidencialidade dos meus datos. As gravacións serán eliminadas ó remate do estudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acepto que se me tomen notas durante a entrevista, mantendo sempre a confidencialidade dos meus datos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firmas

Participante:	Investigador responsable: Paula Díaz Romero	Acompañante (Titor ou representante legal):

Data:

No caso de que precise poñerse en contacto coa investigadora do estudo pode enviar un correo a xxxx@xx.xx, para falar coa Investigadora Principal: Ana Vivero Castro. Moitas grazas pola súa colaboración.

ANEXO IX. Entrevista Grupo I de informantes (usuarios)

El propósito de la siguiente entrevista es conocer su opinión sobre diferentes aspectos relacionados con Salud Mental.

Guión de la entrevista: duración entre 20 y 40 minutos.

Código:

Edad:

Fecha:

1. ¿Qué significa para usted su Salud Mental?
2. ¿Qué significa para usted la recuperación? ¿Cree que una recuperación es posible?
3. ¿Cuál es o fue su experiencia en los diferentes servicios de Salud Mental?
4. ¿Qué le ha aportado su paso por un recurso de Salud Mental?
5. ¿En algún momento ha sentido que no se tenía en cuenta su opinión en cuanto a su proceso de intervención?
6. ¿Qué aspectos cree que son importantes en la intervención para poder llegar a una recuperación?
7. ¿Cómo cree que los profesionales tienen en cuenta su punto de vista a la hora de diseñar y desarrollar el plan de intervención?
8. ¿Cómo cree que los servicios que recibe fomentan su recuperación?
9. ¿Se siente bien con su participación en el recurso del que forma parte? ¿Qué cambiaría?

ANEXO X. Entrevista Grupo II de informantes (profesionales)

El propósito de la siguiente entrevista es conocer su opinión sobre diferentes aspectos relacionados con Salud Mental.

Guión de la entrevista: duración entre 20 y 40 minutos.

Código:

Edad:

Fecha:

1. ¿Qué significa para usted la Salud Mental?
2. ¿Qué significa para usted la recuperación? ¿Cree que una recuperación es posible?
3. ¿Qué tipo de intervención cree que es más adecuada para llegar a una recuperación?
4. ¿Cómo cree que los servicios que proporciona fomentan la recuperación de los usuarios?
5. ¿Qué diferencia existe entre trabajar en un entorno institucional o comunitario? ¿Cuál cree que es el entorno óptimo?
6. ¿Cómo cree usted que fomenta la autonomía de las personas usuarias en su toma de decisiones?
7. Si pudiese desarrollar otro tipo de intervención, ¿Cómo sería?

ANEXO XI. Plantilla de codificación para el análisis de las transcripciones

Usuarios	Profesionales
U1	P1
U2	P2
U3	P3
U4	P4
U5	P5
U6	P6
U7	P7
U8	P8
U9	P9
U10	
U11	
U12	
U13	
U14	
U15	
U16	
U17	
U18	
U19	
U20	
U21	

ANEXO XII. Solicitud de exención de tasas de estudios de investigación no comerciales por el CAEI de Galicia

(según el art. 57 de la Ley 16/2008, del 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOG de 31 de diciembre de 2008)

Para la solicitud de exención de tasas por evaluación el promotor deberá cumplir los siguientes supuestos:

- a) Deberá ser un centro del sistema sanitario público, universidad pública, organización científica o institución sin ánimo de lucro, o un/una investigador/a con vinculación laboral a alguna de estas instituciones.
- b) El promotor del estudio será responsable del inicio, gestión y presupuesto del estudio. La propiedad de los datos derivados del estudio pertenecerá al promotor.
- c) El estudio propuesto no formará parte de un programa de desenvolvimiento clínico que tenga por finalidad la comercialización del medicamento o producto sanitario o tecnología objeto de la investigación.
- d) El promotor deberá garantizar mediante declaración escrita al CAEI de Galicia que se cumplen los criterios previos para ser considerado un estudio de investigación clínica no comercial.

ANEXO XIII. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Fecha de búsqueda	Términos y booleanos	Resultados
Dialnet	06/03/2017	"enfermedad mental" AND "recuperación" AND "Terapia Ocupacional"	3
	17/04/2017	"Terapia Ocupacional" AND "recuperación" AND "Salud Mental"	5
PMC	25/10/2016	"Occupational Therapy" AND "Recovery" AND "Mental Health"	833
PUBMED	25/10/2016	"Occupational Therapy" [tiab] AND "Recovery" [tiab] AND "Mental Health" [tiab]	16
	30/10/2016	"psychosocial rehabilitation" [tiab] AND "Mental Health" [tiab] AND "Occupational Therapy" [tiab]	2
	06/03/2017	"mental illness" [tiab] AND "Occupational Therapy" [tiab] AND "Recovery" [tiab]	5
	15/05/2017	"Mental Health" [tiab] AND "Open Dialogue" [tiab]	22
Scopus	27/04/2017	"Occupational Therapy" AND "Recovery" AND "Mental Health"	94