



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO UNIVERSITARIO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDADE: Reeduación funcional, autonomía persoal e calidade de vida

Curso académico 2011-12

TRABALLO DE FIN DE MESTRADO

**Desarrollo de una aplicación informática de
valoración del equilibrio ocupacional en salud
mental**

Luis Javier Márquez Álvarez

Xuño de 2012

Director:

Prof. Javier Pereira Loureiro

Prof^a. María del Carmen García Pinto

“Tardaría varios millares de años en producir algún efecto, pero esa no era razón para rendirse.”

Terry Pratchet, *Tiempos Interesantes*

Contenido

1.- Resumen.....	9
2.- Introducción	13
2.1.- <i>Salud mental</i>	13
2.1.1.- La salud mental en Galicia	13
2.1.2.- Epidemiología de la salud mental	15
2.2.- <i>Equilibrio ocupacional. Ocupación y salud mental</i>	15
2.2.1.- Equilibrio ocupacional y Terapia Ocupacional	16
2.2.2.- Uso del tiempo en España.....	18
2.3.- <i>Costes sociales de la salud mental</i>	23
2.4.- <i>Justificación del estudio</i>	24
2.5.- <i>Objetivos de la investigación</i>	25
3.- Metodología.....	27
3.1.- <i>Revisión bibliográfica</i>	27
3.2.- <i>Tipo de estudio</i>	31
3.3.- <i>Ámbito de estudio. Entrada en el campo</i>	32
3.4.- <i>Desarrollo del proyecto</i>	32
3.4.1.- Estudio teórico	32
3.4.2.- Desarrollo tecnológico	38
3.4.3.- Estudio empírico. Aplicación experimental	41
3.5.- <i>Cronograma del plan de trabajo</i>	44
3.6.- <i>Aspectos ético-legales</i>	47
4.- Resultados	49
4.1.- <i>Resultados de la revisión bibliográfica</i>	49
4.2.- <i>Resultados de las entrevistas</i>	50

4.2.1.- Perfiles de los entrevistados. Salud mental y ocupación	51
4.2.2.- Equilibrio ocupacional. Definición	53
4.2.3.- Distribución del tiempo en la persona.....	56
4.2.4.- Metodología de investigación en el equilibrio ocupacional	59
4.3.- <i>Resultados del desarrollo del proyecto. El Índice EqO</i>	<i>60</i>
4.4.- <i>Resultados de la intervención con usuarios</i>	<i>64</i>
5.- Discusión.....	71
6.- Conclusiones	77
7.- Agradecimientos.....	81
8.- Bibliografía.....	83
9.- Anexos.....	87
<i>Anexo I. Estrategia de búsqueda bibliográfica</i>	<i>89</i>
<i>Anexo II. Formulario de consentimiento informado para el profesional (gallego)</i>	<i>99</i>
<i>Anexo III. Formulario de consentimiento informado para el profesional (castellano).....</i>	<i>107</i>
<i>Anexo IV. Estructura de la entrevista</i>	<i>115</i>
<i>Anexo V. Plantilla para el análisis de las transcripciones.....</i>	<i>119</i>
<i>Anexo VI. Formulario de consentimiento informado para el paciente (gallego)</i>	<i>123</i>
<i>Anexo VII. Formulario de consentimiento informado para el paciente (castellano).....</i>	<i>131</i>
<i>Anexo VIII. Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8 (CSQ-8)</i>	<i>139</i>
<i>Anexo IX. Índice EqO. Ejemplo de muestra impresa.....</i>	<i>143</i>

1.- Resumen

Introducción: El uso y distribución del tiempo implica aquella área de las Ciencias Sociales que se centra en lo que hacemos con él y por qué. En relación al estudio de las personas con discapacidad, analizar cómo las personas organizan su tiempo en cuanto a las actividades, lugares e interacciones, permite comprender el impacto de su discapacidad sobre la participación en su vida diaria.

Objetivo: Registrar y valorar las relaciones entre las áreas ocupacionales y su equilibrio mediante una herramienta informática aplicada al ámbito de salud mental.

Metodología: Se efectuará un desarrollo basado en un diseño de tres fases: una metodología cualitativa orientada a través de un enfoque etnográfico para explorar la cultura profesional sobre el equilibrio ocupacional; una metodología de desarrollo tecnológico para crear un programa de valoración del equilibrio ocupacional que colabore en la valoración del terapeuta ocupacional, y una metodología de aplicación experimental para conocer la efectividad de la herramienta creada.

Resultados: Se evidenciaron cuatro categorías en las entrevistas con los profesionales. A través de estas se diseñó la aplicación sobre el marco contextual creado, marcando los rangos a través de pruebas con voluntarios. Finalmente, se puso en práctica en un ámbito de salud mental mostrando resultados efectivos, no desde un punto de vista estadísticamente significativo sino con relevancia clínica, en cuanto a la satisfacción de los usuarios.

Conclusiones: El equilibrio ocupacional se constituye como un concepto de gran complejidad. Es posible realizar una valoración del mismo desde un enfoque cuantitativo, pero implica contemplar un amplio número de variables. La herramienta puede ayudar a la valoración global del terapeuta.

Resumo

Introdución: O uso e distribución do tempo implica aquela área das Ciencias Sociais que se centra no que facemos con el e por qué. En relación ao estudo das persoas con discapacidade, analizar cómo as persoas organizan o seu tempo en canto ás actividades, lugares e interaccións permite comprender o impacto da súa discapacidade sobre a participación na súa vida diaria.

Obxectivo: Rexistrar e valorar as relacións entre as áreas ocupacionais e o seu equilibrio mediante unha ferramenta informática aplicada ao ámbito da saúde mental.

Metodoloxía: Efectuarase un desenvolvemento baseado nun deseño de tres fases: unha metodoloxía cualitativa orientada a través dun enfoque etnográfico para explorar a cultura profesional sobre o equilibrio ocupacional; unha metodoloxía de desenvolvemento tecnolóxico para crear un programa de valoración do equilibrio ocupacional que colabore na valoración do terapeuta ocupacional, e unha metodoloxía de aplicación experimental para coñecer a efectividade da ferramenta creada.

Resultados: Evidenciáronse catro categorías nas entrevistas cos profesionais. A través destas, deseñouse a aplicación sobre o marco contextual creado, marcando os rangos a través de probas con voluntarios. Finalmente, púxose en práctica nun ámbito de saúde mental, mostrando resultados efectivos, non desde o punto de vista estadisticamente significativo senón con relevancia clínica en canto á satisfacción dos usuarios.

Conclusións: O equilibrio ocupacional constituíuse como un concepto de grande complexidade. É posible realizar unha valoración do mesmo dende un enfoque cuantitativo, pero implica contemplar un amplo número de variables. A ferramenta pode axudar á valoración global do terapeuta.

Abstract

Introduction: The use and distribution of time means that area of social sciences that focuses on what we do with it and why. Regarding the study of people with disabilities, to analyze how people organize their time in terms of activities, places and interactions, let us understand the impact of disability on participation in daily life.

Objective: To record and assess the relationship between occupational areas and the balance by a software tool applied to the field of mental health.

Methodology: The development was based on a design of three phases: a qualitative methodology aimed through an ethnographic approach to explore the professional culture of occupational balance, a technological development methodology to create a program of assessment of occupational balance to work in assessing the occupational therapist, and piloting a methodology to determine the effectiveness of this tool.

Results: It showed four categories in the interviews with professionals. Through this, application was designed on the contextual framework created, marking the ranges through tests with volunteers. Finally, it implemented a mental health field showing effective results, not from a standpoint statistically significant but clinically relevant, in terms of user satisfaction.

Conclusions: Occupational balance is a complex concept. You can make an assessment of it from a quantitative approach, but involves contemplating a large number of variables. The tool can help the therapist's global assessment.

2.- Introducción

2.1.- Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2001, definió salud como:

“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

(1)

El concepto de salud mental entra, por tanto, a formar parte de esta definición, dado que las metas y tradiciones de la salud pública y su promoción se pueden aplicar con el mismo beneficio al campo de la salud mental u otros.

“La salud mental es definida como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2)

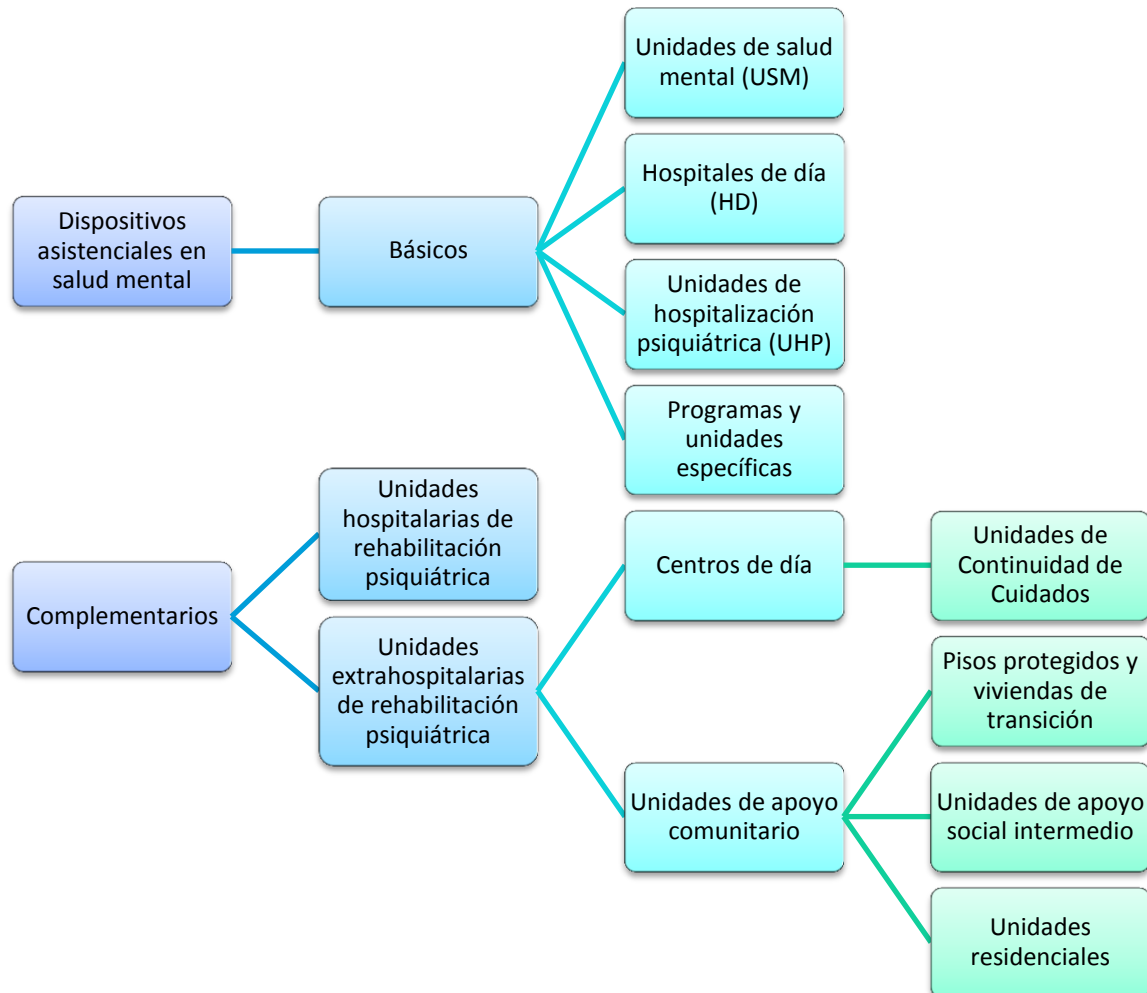
La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental. Las cualidades en el concepto de salud mental pueden ser universales, pero su expresión difiere del concepto individual de persona, cultura y contextos. Por ello, la promoción en salud mental va a implicar conceptos como paz, justicia social, condiciones de vivienda aceptables, educación y empleo. (1)

2.1.1.- La salud mental en Galicia

Para contextualizar esta temática en nuestra comunidad, es necesario hacer referencia al Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se

regula la salud mental en Galicia. Los dispositivos asistenciales se disponen según la organización de la Figura 1.

Figura 1. Organización de los dispositivos asistenciales en salud mental del Servicio Galego de Saúde (SERGAS)



Los hospitales de día son el puente hospitalario entre las unidades de salud mental y las unidades de hospitalización. Su función es actuar como intermediarias entre el ingreso y el tratamiento ambulatorio, ofertando tratamientos intensivos y continuados sin separar totalmente al paciente de su medio social y familiar. Es un punto de inflexión en el que coexisten distintos caminos de la enfermedad mental como son la paulatina remisión de la sintomatología, la cronicidad y la independencia.

2.1.2.- Epidemiología de la salud mental

Los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia del año 2008 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que en España hay 3,85 millones de personas que declaran tener alguna discapacidad. Esta cifra supone un 8,5% de la población total. A su vez, sobre este porcentaje, la misma encuesta realiza una aproximación en la que se explica que el 59% de las personas con discapacidad tienen como origen de sus limitaciones una enfermedad mental, es decir, un 5% de la población total.

La OMS, a su vez, aporta datos relativos a la enfermedad mental en Europa con la prevalencia de los diagnósticos más comunes como son esquizofrenia (4,4 millones), trastorno bipolar (4,4 millones) y trastornos depresivos (22,2 millones) ⁽³⁾. De acuerdo a su informe del 2001, las cifras suman un total de 450 millones de personas vivas que sufren de trastornos mentales. Una persona de cada cuatro será afectada por un trastorno mental en alguna etapa de su vida, hasta tal punto que se estima que en 2020, la depresión se volverá la segunda causa de enfermedad en el mundo ⁽⁴⁾. Dado este escenario, no es difícil intentar entender que la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental son de un gran interés tanto para los investigadores como para definir políticas sociosanitarias correctas.

2.2.- Equilibrio ocupacional. Ocupación y salud mental

El uso y distribución del tiempo implica aquella área de las Ciencias Sociales que se centra en lo que hacemos con él y por qué. Un ejemplo ocurre en el estudio del uso del tiempo en los países industrializados de occidente, que aporta datos sustanciales al indicar que los adultos con empleo realizan una distribución igual del día entre actividades de trabajo, de ocio y el resto. ^(5,6)

Debido a la provisión de estos datos acerca de las poblaciones, los científicos sociales pueden comparar a la gente en función de su cultura, edad, estilo de vida o género, y con ello, evaluar los cambios sociales.

En relación al estudio de las personas con discapacidad, analizar cómo las personas organizan su tiempo en cuanto a las actividades, lugares e interacciones, permite comprender el impacto de su discapacidad sobre la participación en su vida diaria ⁽⁷⁾. La comparación de patrones del uso del tiempo en personas con enfermedad mental con el resto de la población puede sugerir dónde se limita o restringe su participación, delimitando las consecuencias de su enfermedad y llegando incluso a ser un indicador de calidad de vida. ⁽⁸⁾

2.2.1.- Equilibrio ocupacional y Terapia Ocupacional

Cuando William Rush Dunton rastreó las raíces de la Terapia Ocupacional en 1917, llegó hasta el movimiento filosófico conocido como tratamiento moral, originado en la Europa del siglo XIX. Philippe Pinel propuso una revolución moral para reemplazar el punto de vista de que las personas con enfermedad mental eran peligrosas, incurables y que debían ser recluidas. A través del enfoque humanístico de amabilidad y un régimen de vida diaria a través de ocupaciones creativas y recreativas, se conseguía restablecer la salud mental.

En Estados Unidos, se crearon hospitales como el Friend's Asylum (Pensilvania) o el McLean Hospital (Massachusetts) basados en este tratamiento moral del enfoque humanista. Se concebían con grandes talleres de artesanías, jardines y áreas recreativas para promover la participación ocupacional. Dunton vio así claramente la conexión, y propuso que el tratamiento moral podía describirse en la teoría y en la práctica como un programa amplio de Terapia Ocupacional.

Adolph Meyer, tomó las ideas del tratamiento moral fundamentales y trabajó sobre ellas para crear su propia filosofía de la Terapia

Ocupacional, de forma que tratamiento moral y ocupación se unieron a la idea de que *“la enfermedad mental era principalmente un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos y la falta de equilibrio entre trabajo y ocio.”*⁽⁹⁾

Meyer ⁽¹⁰⁾, en 1922, estudia por primera vez cómo la dimensión temporal era la manera en que los seres humanos podían adaptarse a la discapacidad. De acuerdo a su teoría, el uso propositivo del tiempo no sólo tiene el potencial de mantener y regenerar la salud, sino que también la manera en que las personas con discapacidad organizaban su día era una medida de adaptabilidad a su situación.

Así, en el ámbito de las Ciencias de la Ocupación y de la Terapia Ocupacional, se considera el tiempo como una manera de entender el equilibrio de las ocupaciones personales que promueve la salud y el bienestar.⁽¹¹⁾

Un equilibrio ocupacional está representado, normalmente, en gran medida, por aquellas evidencias aportadas en los estudios en cuanto al uso del tiempo en cada país; aquellas personas con salud y trabajo enlazan aproximadamente en intervalos iguales las actividades productivas, de ocio y de cuidado personal. Una segunda manera de entender este balance también se aplica al concepto de balance cronobiológico. Christiansen ⁽¹²⁾ identificó que los humanos establecen un ritmo biológico, llamado circadiano, durante el día, que se une de acuerdo a otros semanales. Ambos impactan, y moldean, en aquello que hacemos y cuándo lo hacemos, afectando a nuestra salud y bienestar. De esta manera, es fácil enlazar un camino entre los propios ritmos fisiológicos (biológicos), lo que hacemos (ocupaciones) y la regularidad con la que nuestras rutinas diarias se llevan a cabo (hábitos y rutinas).

2.2.2.- *Uso del tiempo en España*

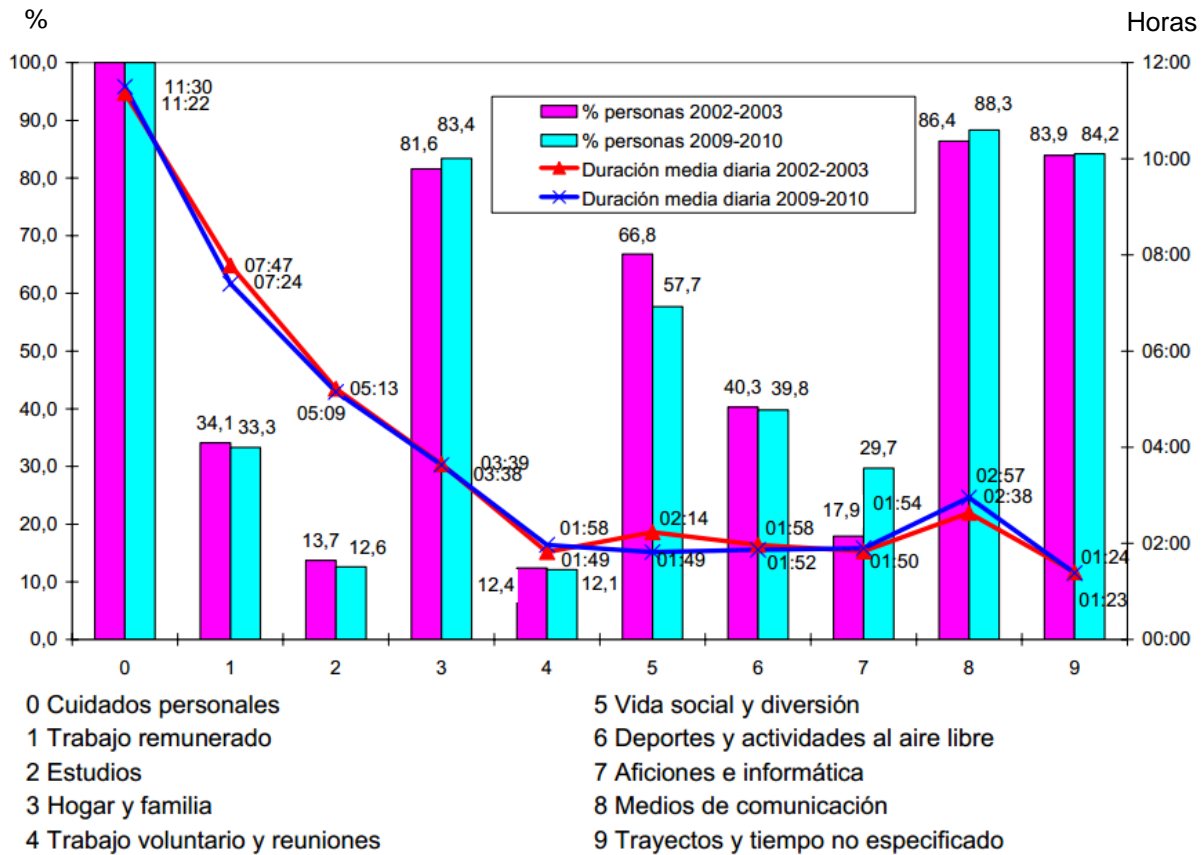
Según los datos de la Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, en los últimos siete años se ha producido un importante trasvase de participación de las actividades de *Vida social y diversión* a las de *Aficiones e informática*. Mientras que en 2002-2003 el 66,8% de las personas de 10 y más años realizaba actividades de socialización, en 2009-2010 este porcentaje ha disminuido nueve puntos. Por el contrario, las actividades relacionadas con *Aficiones e informática*, cuya participación en 2002-2003 se situaba en torno al 18% de personas que han declarado realizar tales actividades en un día concreto de la semana, han aumentado entre la población hasta alcanzar el 29,7%.

En estos últimos siete años el tiempo dedicado a leer, ver la televisión o escuchar la radio ha aumentado en 19 minutos, hasta llegar a casi tres horas. Estas actividades son casi universales, pues alcanzan al 88,3% de la población.

Otro hecho significativo en estos siete años se produce al medir el tiempo medio dedicado a actividades relacionadas con *Trabajo remunerado*, que ha disminuido en un 5%.

Estos datos se resumen en la Figura 2.

Figura 2. Porcentaje de personas que realizan cada actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad por dichas personas, según los resultados de 2002-2003 y 2009-2010

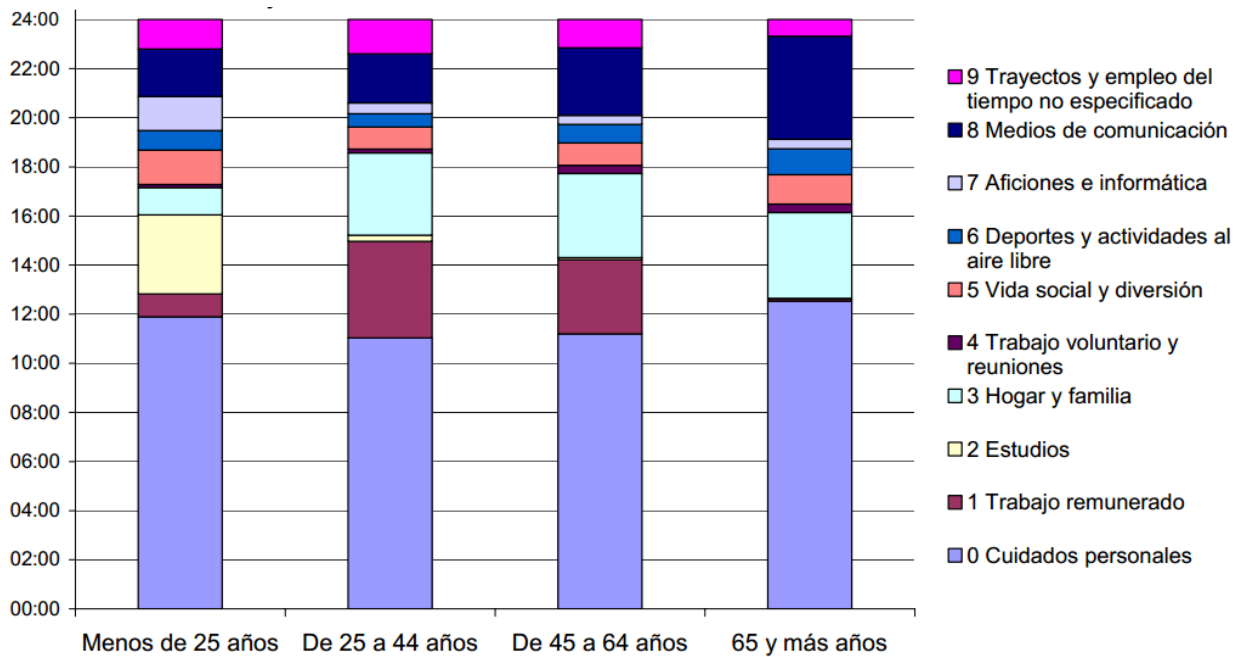


Los menores de 25 años se caracterizan por el tiempo dedicado al Estudio y el poco tiempo que destinan a las tareas domésticas; además, dedican a *Aficiones e informática* casi el doble que hace siete años. Por el contrario, las personas de 25 a 64 años se caracterizan por el tiempo dedicado al *Trabajo remunerado* y a las *labores domésticas* (en torno a siete horas en su conjunto). A medida que aumenta la edad se observa que el tiempo de trabajo remunerado es menor y la mayor dedicación a *Medios de comunicación*. Las personas de 65 y más años son las que disponen de más tiempo libre, casi siete horas, de las cuales más de cuatro las dedican a *Medios de comunicación*. Los jóvenes y las personas de mayor edad son los que más tiempo disfrutan en actividades de *Vida social y diversión*. También destaca la práctica de más de una hora de

Deportes y actividades al aire libre por parte de las personas de 65 y más años, pues pasear y caminar se incluyen en este grupo.

La Figura 3 representa estos datos en base al total del día. Cabe destacar que el apartado de *Cuidados personales*, incluye las actividades de descanso y sueño.

Figura 3. Distribución de actividades en un día promedio, por grupo de edad. 2009-2010. Cifras en horas y minutos



Los ritmos de la actividad diaria, se miden mediante el porcentaje de personas que realizan la misma actividad principal en el mismo momento del día y constituyen una aproximación a los horarios para las distintas actividades (a qué hora se realiza cada actividad).

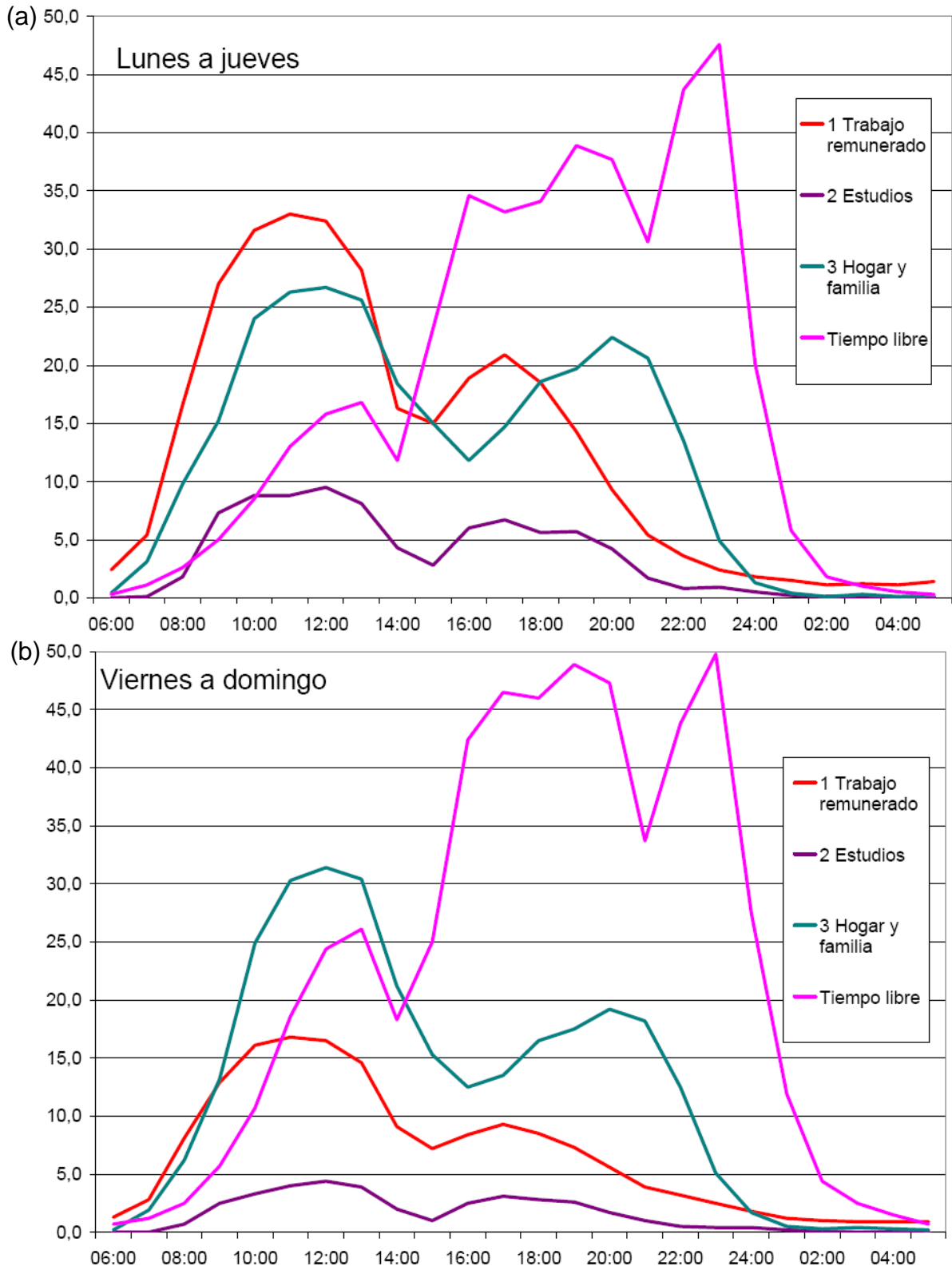
Se observa que de lunes a jueves, desde primeras horas de la mañana hasta las dos de la tarde, la actividad con mayor participación es la del *Trabajo remunerado*, con picos superiores al 30% entre las 10:00h y las 12:00h. Le sigue las tareas domésticas (*actividades de Hogar y familia*) con cotas superiores al 25% entre las 11:00h y las 13:00h. Las actividades de tiempo libre son realizadas por un porcentaje sensiblemente inferior a los anteriores y alcanzan su máximo entre las 12:00h y las 13:00h.

Por el contrario, de viernes a domingo la principal actividad realizada por la mañana está relacionada con las tareas domésticas, cuyas máximas cotas se alcanzan entre las 11:00h y las 13:00h con porcentajes de participación superiores al 30%. En este mismo periodo de tiempo, la segunda actividad más realizada está relacionada con el tiempo libre, con un máximo superior al 25% a la una de la tarde.

Por la tarde, en cualquier día de la semana preponderan las actividades de tiempo libre, aunque en los días laborables solo se alcanzan porcentajes de participación superiores al 45% a las 23:00h. En los días festivos las actividades de tiempo libre alcanzan la citada cota también entre las cinco y las ocho de la tarde. Sin embargo, las tareas domésticas siguen una pauta similar en cualquier día de la semana, aunque con un pico ligeramente inferior de viernes a domingo. En las tardes de fin de semana también se observa una disminución significativa del porcentaje de personas que trabajan de forma remunerada con respecto a las de los días laborables.

La Figura 4 resume estos datos de forma esquemática.

Figura 4. Ritmos de actividad diaria por tipo de día. (a) Lunes a jueves. (b) Viernes y fines de semana



2.3.- Costes sociales de la salud mental

Los trastornos mentales afectan a la funcionalidad del individuo, generando no sólo un enorme sufrimiento emocional y una calidad de vida disminuida, sino también la alineación social, el estigma y la discriminación ⁽⁴⁾. Esta carga se extiende más allá de la familia, la comunidad y la sociedad, alcanzando consecuencias económicas y sociales.

Las intervenciones en salud mental se compasan dentro de un rango de acciones posibles, incluyendo a los marcos legislativos y regulatorios, estrategias de prevención y promoción, tratamientos y rehabilitación. Actualmente existen datos de la relación coste-efectividad de las intervenciones y análisis comparativos de costes de intervenciones farmacológicas y psicosociales. ⁽¹³⁾

La perspectiva económica es una parte importante para el desarrollo de los sistemas de salud mental, de forma que enlazar los recursos básicos disponibles para la mejor distribución de los servicios implicaría, por parte de los países, aportar de los recursos totales destinados a Sanidad, hasta un máximo del 10% y un mínimo del 5% específicamente para dispositivos de salud mental. Por ejemplo, un país que gaste 100€ per capita destinada al sistema sanitario, necesitaría entre 5-10€ de esta cantidad para invertir a cuidados de salud mental y prevención, de cara a proveer una cobertura efectiva y esencial para la población.

Sin embargo, las actuales políticas sanitarias aportan pocos fondos para salud mental, siendo casi nulas en países con muy poco presupuesto sanitario. Acorde a esto, hay una clara necesidad de incrementar los recursos destinados a la clínica de trastornos mentales. ⁽¹³⁾

2.4.- Justificación del estudio

La importancia de la intervención interdisciplinar dentro del contexto de la salud mental implica no seccionar al paciente en función del abordaje profesional, de forma que todos trabajen juntos para la promoción de su propia salud, como logro último e indispensable de este tratamiento.

La perspectiva profesional con respecto al uso del tiempo y los grados de salud mental se relaciona directamente con la efectividad de la asistencia de la intervención y, consecuentemente, con la satisfacción del usuario en cuanto percibe estas perspectivas en contraste con las propias. Por ello, un método de valoración objetivo a través de una aplicación informática podría aportar más rigor a la intervención y una guía por la que el profesional pudiera guiarse.

2.5.- Objetivos de la investigación

Conforme a estos datos presentados, se definen los siguientes objetivos para la investigación:

- **Objetivo principal:**
 - Registrar y valorar las relaciones entre las áreas ocupacionales y su equilibrio mediante una herramienta informática aplicada al ámbito de salud mental.
- **Objetivos secundarios:**
 - Definir las áreas que influyen en el equilibrio ocupacional.
 - Desarrollar un concepto del equilibrio ocupacional desde la perspectiva de la práctica asistencial de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud mental.
 - Diseñar e implementar una aplicación informática que permita el registro y valoración de la ocupación.
 - Iniciar un proceso de validación de la herramienta en distintos centros de salud mental.

3.- Metodología

3.1.- Revisión bibliográfica

Entre los meses de enero a febrero de 2012 se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el concepto de salud mental y enfermedad mental, sus implicaciones e impacto sobre los ritmos vitales del paciente, así como los ámbitos y tipos de intervenciones desde los que se emplea el equilibrio ocupacional como refuerzo en la intervención y la efectividad de las nuevas tecnologías en este campo.

Las bases de datos de elección han sido:

- La Biblioteca Cochrane Plus
- JBI Connect+ (Joanna Briggs Institute)
- Scopus
- CINAHL
- Medline: a través de PubMed
- OTSeeker
- CSIC

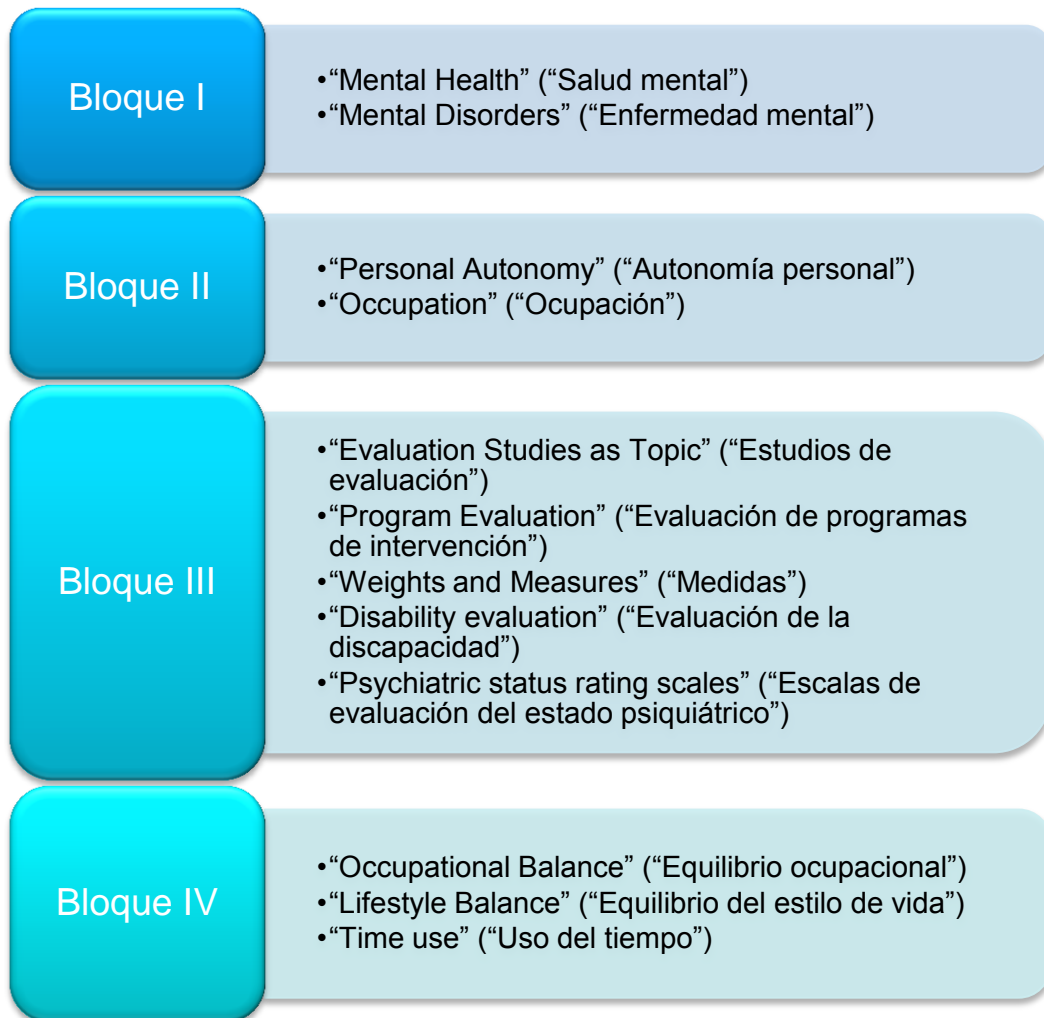
Se han escogido por ser las bases de datos más relevantes en el ámbito de las Ciencias de la Salud y para el tema a tratar.

Además de la utilización de búsqueda en las bases de datos mencionadas, se hizo una búsqueda general en Google Académico (scholar.google.es), para recuperar algunos artículos que aparecían en la documentación encontrada y como bibliografía de referencia, que no se pudieron hallar de otra manera.

Los descriptores MeSH empleados fueron dispuestos en tres bloques, de acuerdo a la temática común entre ellos. Además se utilizó un cuarto que contenía términos libres al no localizar un correcto descriptor que correspondiera con su significado íntegro para la elaboración de este trabajo. Todos ellos se pusieron en combinación con los operadores

booleanos: AND para combinar los bloques entre sí, y OR, para combinar los términos de cada bloque de acuerdo a la Figura 5.

Figura 5. Bloques y combinaciones de la estrategia de revisión bibliográfica



En la búsqueda, se han seleccionado los artículos que cumplen los siguientes criterios de inclusión:

1. Artículos científicos en los que se describan:
 - a. Revisiones bibliográficas sobre la situación actual de las personas con enfermedad mental en relación a su independencia.
 - b. Revisiones bibliográficas sobre la evaluación del equilibrio ocupacional en personas con enfermedad mental.

- c. Intervenciones o análisis de la situación de personas con enfermedad mental a través del análisis de sus áreas de ocupación.
 - d. Escalas de evaluación de las áreas de ocupación donde se detallan proporciones de éstas en relación a la salud.
2. Publicación:
 - a. Revistas con factor de impacto: Journal Citation Report (JCR) y Scimago Journal Ranking (SJR).
 - b. Fechas desde el año 2000 a 2012.
 3. Artículos en idioma inglés, castellano o francés.
 4. Se excluyen:
 - a. Cartas al director.
 - b. Artículos de opinión.
 - c. Editoriales.

En el Anexo I, se describen las estrategias de búsqueda bibliográfica y los resultados hallados y válidos.

En cuanto a material adicional, se pueden incluir, de acuerdo a su disponibilidad:

1. Libros y capítulos de libros que recopilen datos relativos a los puntos anteriores y se hallen en la biblioteca universitaria de la UDC.
2. Material audiovisual sobre el tema a estudio.
3. Diseños de proyectos de investigación.
4. Tesis doctorales relevantes.

Tras la revisión de artículos localizados que pudieran ser relevantes para el estudio en las bases de datos descritas, se han seleccionado 16 de interés, en relación a los criterios de inclusión nombrados anteriormente. La Tabla I enumera dichos artículos.

Tabla I. Resultados de la búsqueda bibliográfica. Extraídos del Anexo I

Parkinson S, Forsyth K, Durose S, Mason R, Harris D. The balance of occupation-focused and generic tasks within a mental health and learning disability occupational therapy service. Br J Occup Ther. 2009 Aug; 72(8): 366-70	Br J Occup Ther (SJR): 0,034
Le Granse MAD, Kinébanian AB, Josephsson SC. Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: A challenge for occupational therapists from the Netherlands, Germany and Belgium. Occup Ther Int. 2006;13(3):142-59	Occup Ther Inter (SJR): 0,043
Craik C, Bryant W, Ryan A, Barclay S, Brooke N, Mason A, et al. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. Aust Occup Ther J. 2010 Oct;57(5):339-44	Aust Occup Ther J (SJR): 0,04
Pettican A, Prior S. It's a new way of life: An exploration of the occupational transition of retirement. Br J Occup Ther. 2011;74(1):12-9	Br J Occup Ther (SJR): 0,034
Anaby DR, Backman CL, Jarus T. Measuring occupational balance: a theoretical exploration of two approaches. Can J Occup Ther. 2010 Dec;77(5):280-8	Can J Occup Ther (SJR): 0,046
Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. Am J Occup Ther. 2011 May-Jun;65(3):267-76	Am J Occup Ther (SJR): 0,05 (JCR): 1,672
Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. Occupational Therapy in Mental Health. 2010;26(1):1-17	Occup Ther Ment Health (SJR): 0,03
Leufstadius C, Erlandsson L, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. Occup Ther Inter. 2006;13(3):123-41	Occup Ther Inter (SJR): 0,039
Wilson L, Wilcock A. Occupational balance: What tips the scales for new students? Br J Occup Ther. 2005;68(7):319-23	Br J Occup Ther (SJR): 0,034
Crist P, Coffin PS, Davis CG. The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. Occupational Therapy in Mental Health. 2000;15(1):27-42	Occup Ther Ment Health (SJR): 0,03

Håkansson C, Björkelund C, Eklund M. Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. Aust Occup Ther J. 2011 Dec;58(6):397-404	Aust Occup Ther J (SJR): 0,04
Bazyk S, Bazyk J. Meaning of occupation-based groups for low-income urban youths attending after-school care. Am J Occup Ther. 2009 Jan-Feb;63(1):69-80	Am J Occup Ther (SJR): 0,05 (JCR): 1,672
Eklund M, Erlandsson L, Leufstadius C. Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring occupational balance. J Occup Sci. 2010;17(4):231-8	J Occup Sci (SJR): 0,037
Morgan WJ. What, exactly, is occupational satisfaction? J Occup Sci. 2010;17(4):216-23	J Occup Sci (SJR): 0,037
Håkansson C, Ahlborgjr G. Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. J Occup Sci. 2010;17(3):150-7	J Occup Sci (SJR): 0,037
Jonsson H, Persson D. Towards an experiential model of occupational balance: An alternative perspective on flow theory analysis. J Occup Sci. 2006;13(1):62-73	J Occup Sci (SJR): 0,037

3.2.- Tipo de estudio

El desarrollo del estudio se basa en dos tipos de investigación. La primera, una investigación no experimental para la definición de los términos de equilibrio ocupacional así como su significado para los profesionales con el objetivo de realizar un desarrollo tecnológico para la aplicación informática. La segunda, una investigación de tipo experimental en la que se ponga en marcha dicha aplicación y se valore la satisfacción de profesionales sanitarios así como usuarios, en base a conseguir mejorar la participación de los pacientes y facilitar una herramienta válida para la valoración del profesional y lograr una mayor promoción de la salud mental.

3.3.- Ámbito de estudio. Entrada en el campo

La entrada en el campo se realizará a través de los distintos Hospitales de Día y Servicios de Psiquiatría del área sanitaria de A Coruña. Se ha realizado durante los meses de marzo a mayo de 2012.

3.4.- Desarrollo del proyecto

El desarrollo de este proyecto se puede dividir en sus dos bloques, que llevarán un desarrollo paralelo, como se muestra en el cronograma posterior: un estudio teórico y una parte empírica.

Por esta razón, las fases del proyecto se dividen en tres fundamentales.

3.4.1.- Estudio teórico

3.4.1.1.- Enfoque de la metodología cualitativa

La elección de la investigación cualitativa desde un enfoque etnográfico para este estudio viene dada por la necesidad de comprender la perspectiva cultural de la propia distribución del tiempo y su importancia sobre la salud bajo la perspectiva de los profesionales sanitarios. Para ello, se estudia el equilibrio ocupacional desde sus componentes culturales y sus interrelaciones de modo que sea posible hacer afirmaciones explícitas entre ellos.

La etnografía la entendemos como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. A través de la etnografía se persigue la descripción o reconstrucción analítica de carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo investigado. ⁽¹⁴⁾

3.4.1.2.- Selección de informantes

Referente a la primera parte del estudio, el muestreo de éste se basará en un diseño teórico de la muestra, realizada según un constructo que defina una única tipología de informantes, asegurándose acercarse a la máxima variación de discursos sobre el fenómeno.

La Tabla II recoge los criterios de inclusión y exclusión para la selección de informantes:

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión de la selección de informantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Profesional sanitario titulado en Terapia Ocupacional	Desarrollo de su actividad profesional sin práctica con usuarios
Experiencia laboral en el ámbito de la salud mental de 6 meses como mínimo, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de Hospitalización Psiquiátrica</i> • <i>Hospital de Día de Psiquiatría</i> • <i>Hospitalización a Domicilio</i> • <i>Centro de Día de Psiquiatría</i> • <i>Hospital Psiquiátrico</i> • <i>Asociaciones relacionadas con la salud mental</i> 	Desconocimiento de un marco teórico básico sobre la influencia de las ocupaciones diarias en la salud del usuario, de relevancia para el tema de estudio
Participación voluntaria y consentimiento informado	

Población: Terapeutas ocupacionales, con experiencia profesional, que desarrollen su práctica con usuarios en el ámbito de la salud mental, con un conocimiento básico de las implicaciones del equilibrio ocupacional a nivel de la salud.

Para asegurar la finalización del estudio, se plantea a continuación una tabla (Tabla III) con distintas alternativas metodológicas a los criterios de

selección expuestos en caso de no encontrar suficiente muestra con las características anteriores.

Tabla III. Tabla de alternativas metodológicas

Alternativa A	Criterio no cumplido: No se encuentra suficiente muestra con experiencia laboral suficiente. Alternativa: Profesionales que tengan una experiencia de entre 3 y 6 meses, así como estudiantes de prácticas con conocimientos amplios del campo de la salud mental.
Alternativa B	Criterio no cumplido: No se encuentra suficiente muestra en los profesionales de las áreas sanitarias especificadas. Alternativa: Ampliación del campo geográfico del estudio, aumentándolo al área sanitaria de Santiago, Pontevedra y Vigo.

El número total de informantes que han participado a lo largo del proyecto asciende a 6 personas, siendo necesaria la alternativa B mostrada en la Tabla III con un último informante del área sanitaria de Vigo por problemas de desplazamiento.

3.4.1.3.- Recogida de datos

La vía principal de recogida de datos será la entrevista semi-abierta, de aproximadamente hora y media de duración, siguiendo un guion preestablecido, pero con libertad suficiente para que la persona pueda expresar sus emociones y opinar libremente sin censura.

Para ello, se requiere firmar por parte de entrevistador y entrevistado, un documento (Anexo II y III) que recoge el permiso por escrito de la cesión de datos de la entrevista para el proyecto, adaptado del modelo de hoja de información al participante para estudios de investigación de tipo observacional del SERGAS. ⁽¹⁵⁾

El guion de la entrevista (Anexo IV) sigue un patrón de preguntas sobre distintos ámbitos de interés dispuestos en cuatro bloques:

1. Experiencia laboral.

2. Definición de los conceptos de salud y ocupación de la persona.
3. Relación que se establece de estos conceptos en el equilibrio ocupacional y cómo lo ve el profesional.
4. Desarrollo del equilibrio ocupacional contingente al objetivo principal del trabajo.

A través de estos cuatro bloques se espera conseguir toda la información relevante necesaria para lograr este primer objetivo.

Se le explicará al entrevistado que, en todo momento, a su elección, se podrá dar por concluida, sin tener que llegar al final. El lugar de las entrevistas se elegirá a elección del entrevistado con el fin de crear un ambiente familiar en que se encuentre cómodo.

La información se recogerá en una grabadora, para ser transcrita posteriormente y poder realizar un análisis sobre papel de los distintos discursos, buscando las similitudes y las diferencias entre los informantes.

Existe un cuaderno de campo, no transcrito ni adjunto a este proyecto, donde se han ido anotando las distintas incidencias, observaciones y demás comentarios de interés durante la realización del mismo.

3.4.1.4.- Análisis de datos

El análisis de datos se planifica de forma circular iniciándose en el momento de recolección de datos, realizando un análisis abierto a modificaciones. El Anexo V recoge una plantilla para realizar este análisis de testimonios tras la transcripción, donde se recojan los elementos más característicos y relevantes en relación a la entrevista, de forma que se facilite más este estudio.

Se dará por concluido cuando se alcance la saturación teórica, es decir, cuando tras analizar los datos no surjan nuevas categorías dentro del mismo conjunto. Esta información será seleccionada e interpretada desde la plantilla cubierta del Anexo V.

Este análisis se realizará de la siguiente forma:

- Búsqueda de similitudes en la experiencia profesional recogida en las entrevistas.
- Identificación, por parte del testimonio de los terapeutas ocupacionales, de las áreas priorizadas que afectan sobre la salud mental del usuario y definición de las mismas.
- Establecimiento de su proporción de acuerdo a los discursos recogidos en base a números enteros.
- Cuantificación de dichas áreas de acuerdo a porcentajes sobre el 100% total de un día de semana, un día de fin de semana y, si es necesario, un 100% semanal.
- Comparación de los testimonios de los terapeutas ocupacionales en comparación a los demás entrevistados.
- Redacción de los contenidos en base a una terminología uniforme y comprensible de acuerdo al discurso del resto de profesionales sanitarios.

Tras el análisis de datos y categorización de las experiencias, se realizará una copia para los entrevistados para aportar objetividad, rigor científico y una posible corrección de los datos.

3.4.1.5.- Rigor y credibilidad

Para asegurar la credibilidad nos basaremos en el valor de la veracidad de los resultados a través de una descripción detallada del estudio, la descripción detallada de la muestra y su análisis y contar con la documentación textual y su análisis. Para aportar mayor veracidad, se intentará realizar una triangulación de los datos registrados, gracias a la colaboración desinteresada de dos investigadores voluntarios de acuerdo a un perfil con conocimientos suficientes del tema a investigar, del ámbito sanitario y con experiencia profesional en salud mental.

La transferibilidad se tendrá como el grado en que los resultados pueden ser aplicados a otros contextos, mediante una descripción detallada del estudio y la descripción detallada de la muestra y contextos.

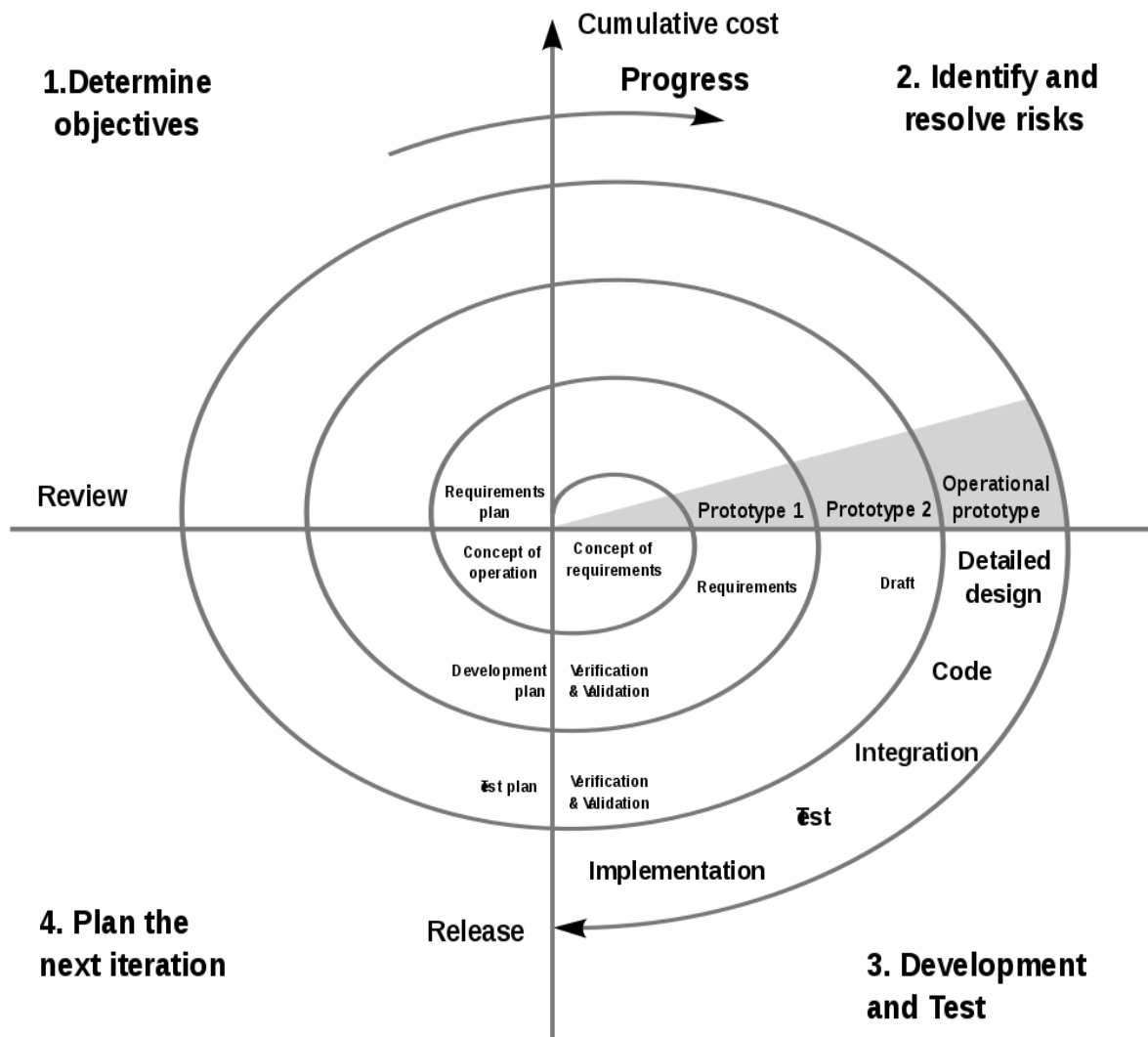
La consistencia, es decir, la estabilidad y replicabilidad de los datos, se basará en poseer a disposición los datos textuales y el análisis, explicar rol y sesgos del investigador y realizar una triangulación precisa entre el autor del proyecto y distintos estudiantes ajenos al mismo.

Por último, la objetividad del estudio se obtendrá a través de una descripción detallada del mismo, la transcripción textual de los datos, su descripción detallada y su verificación por los participantes. ⁽¹⁴⁾

3.4.2.- Desarrollo tecnológico

Consiste en el desarrollo de la aplicación. En esta fase se empleará una metodología de desarrollo en espiral de prototipos evolutivos. En este modelo se desarrolla un prototipo que es validado por los profesionales y si se acepta la propuesta se crea una nueva iteración con mejoras y aumento de funcionalidades. En la Figura 6 se muestra el esquema de esta metodología, adecuada para un desarrollo como el propuesto en este proyecto, donde es necesaria la participación activa de los usuarios finales. En este desarrollo se llevarán a cabo las siguientes tareas para cada iteración. ⁽¹⁶⁾

Figura 6. Concepto del modelo en espiral de Boehm de desarrollo de software



3.4.2.1.- Recolección de requisitos

El investigador principal del proyecto, así como el resto de profesionales sanitarios, definen los objetivos, del software, y aquellos más específicos que se desean destacar con el nuevo prototipo a través de reuniones interdisciplinarias continuas. Para ello es importante la participación de los terapeutas ocupacionales, profesionales específicos del tema de estudio, así como de enfermeras, médicos psiquiatras o trabajadores sociales, cuya experiencia puede aportar nuevas ideas bajo un enfoque de desarrollo de tipo interdisciplinar, en el que prima la promoción de un lenguaje uniforme entre el personal para la consecución de objetivos unificados en cada usuario.

3.4.2.2.- Diseño rápido de las nuevas funcionalidades

Esta parte se centra en aspectos del software visible y en sus mecanismos de interacción. Versará en el desarrollo del prototipo en ordenadores convencionales, cuya disponibilidad se haya en todos los ámbitos donde llevar a cabo el estudio.

Para disponer de unos datos manejables desde un principio, según avala la bibliografía, se escogerán los datos recogidos en la Encuesta del Uso del Tiempo en España del INE, expuestos anteriormente, y que pueden experimentar cambios modificables con el transcurso de la investigación.

3.4.2.3.- Evaluación del prototipo

Se realizará junto al personal sanitario, definido con los distintos criterios de inclusión especificados más adelante. Esta fase va a permitir concretar y refinar los requisitos de la aplicación a desarrollar.

3.4.2.4.- Refinamiento del prototipo

Se produce un proceso iterativo en el que el prototipo es refinado para que satisfaga las necesidades de los profesionales buscando la satisfacción de los usuarios. Aunque existe interacción con los usuarios, esta fase es principalmente de desarrollo por parte del investigador principal, con constantes evaluaciones por parte del personal sanitario.

3.4.2.5.- Producto

A partir del prototipo se obtiene el entorno operacional. El sistema ya debe ser capaz de capturar adecuadamente los datos inscritos y clasificarlos, así como realizar un análisis sobre el equilibrio ocupacional adecuado a la realidad del usuario. El conocimiento implementado para esta nueva funcionalidad puede ser limitado e ir incrementándose a lo largo de esta fase y posteriores.

3.4.2.6.- Pruebas del sistema

Para aprobación del producto y validar su eficacia, se contará con la aprobación de todo el equipo interdisciplinar para analizar el resultado en el entorno real. Esta fase se corresponde con la tercera fase del proyecto, en donde se evaluará mediante un abordaje cuantitativo los resultados.

3.4.3.- Estudio empírico. Aplicación experimental

El estudio empírico consta de dos partes principales: un establecimiento de los umbrales en cada categoría de la aplicación y un pequeño estudio sobre la satisfacción percibida por los usuarios en cuanto a su uso.

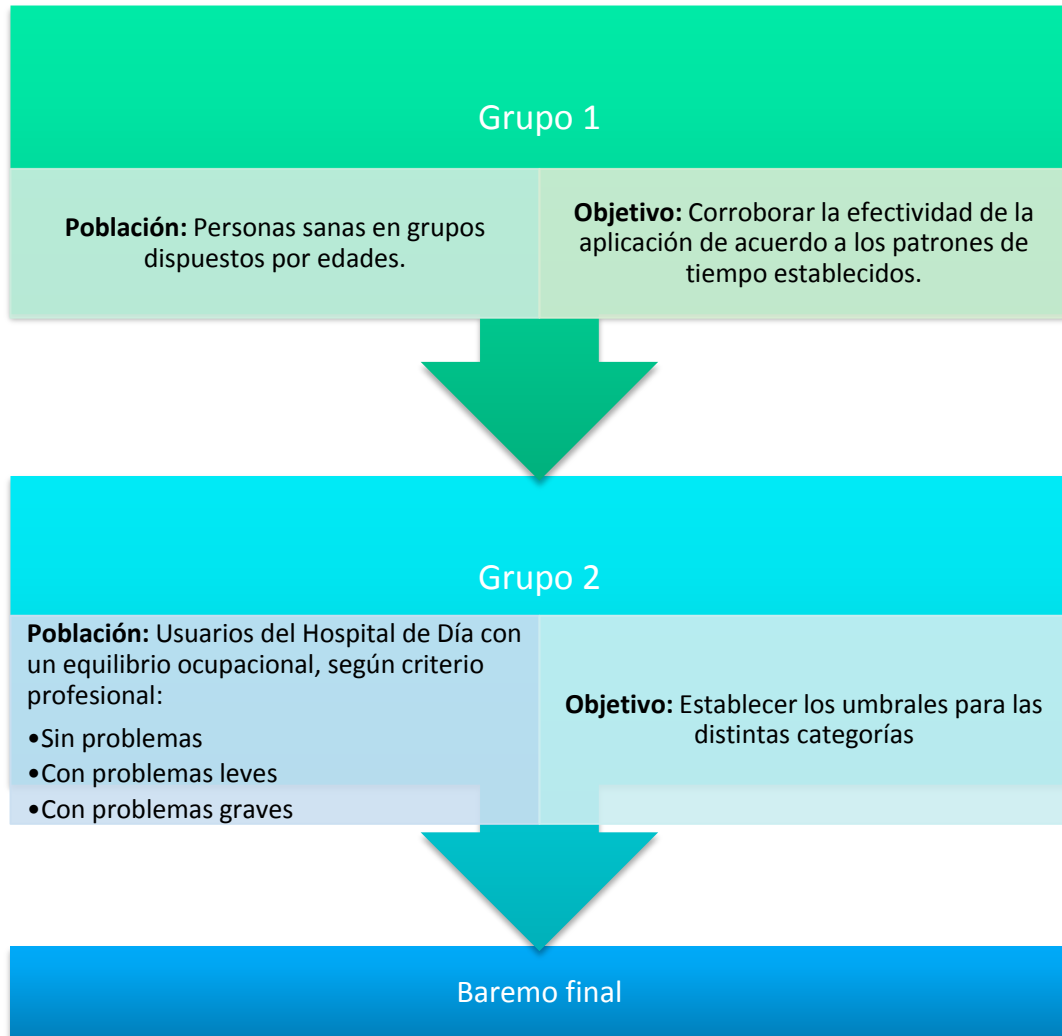
3.4.3.1.- Establecimiento de umbrales

Se dispondrán dos grupos de trabajo: un grupo control y otro experimental.

- El grupo control se dividirá en subgrupos en función de la edad, y su objetivo general será evaluar la efectividad básica de la prueba.
- El grupo experimental contará con la colaboración de usuarios del Hospital de Día. Su objetivo principal será marcar unos umbrales básicos.

La Figura 7 resume este proceso.

Figura 7. Desarrollo de los grupos para el establecimiento de umbrales



Se pasarán horarios divididos según la disposición de la aplicación. Los participantes anotarán en ellos las actividades que realizan a lo largo de la semana, y posteriormente un terapeuta ocupacional aportará una valoración referente a su equilibrio ocupacional. Seguidamente, se informatizarán los datos y se corroborará si el diagnóstico aportado es correcto o no.

El proceso de recolección de datos será totalmente anónimo y voluntario, tomando únicamente los resultados finales y el grupo al que pertenecía. Se necesitará así cubrir, de manera previa, el consentimiento informado correspondiente (Anexos VI y VII).

3.4.3.2.- Encuestas de satisfacción

Las encuestas de satisfacción cumplen la función de evaluar los posibles cambios de la perspectiva del usuario de cara a la valoración. Se repartirán previa y posteriormente a la intervención, cubriéndose de manera anónima y voluntaria.

Al no disponer de un suficiente número de población para un resultado estadísticamente significativo, se intentará realizar una aproximación a los datos clínicamente relevantes. Estos se completarán con la recogida de datos cualitativos de la opinión del grupo.

Se ofrecerán así copias del Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8 de Larsen et al (CSQ-8), adaptado para el caso (Anexo VIII). Es un cuestionario autoadministrado de 8 ítems evaluados según una escala tipo Likert de 4 puntos. ⁽¹⁷⁾

Incluye tres preguntas abiertas en las que el cliente responde acerca de qué es lo que más le ha gustado de la actividad, qué es lo que menos y qué cambiaría.

3.5.- Cronograma del plan de trabajo

Las Tabla IV y Tabla V recogen el plan de trabajo planteado, detallando cada fase del mismo.

Tabla IV. Cronograma del estudio

		2012				
		Ene	Feb	Mar	Abr	May
Bloque A: Requisitos previos	A1.- Revisión bibliográfica					
	A2.- Autorización de los Comités Éticos					
Bloque B: Estudio teórico	B1.- Presentación del estudio					
	B2.- Selección de informantes					
	B3.- Recogida de datos					
	B4.- Análisis de datos					
Bloque C: Desarrollo tecnológico	C1.- Recolección de requisitos					
	C2.- Diseño rápido de las nuevas funcionalidades					
	C3.- Evaluación del prototipo					
	C4.- Refinamiento del prototipo					
	C5.- Producto					
	C6.- Pruebas del sistema					
Bloque D: Estudio experimental	D1.- Evaluación de la satisfacción de los usuarios					
	D2.- Implementación del prototipo					
	D3.- Revaluación de la satisfacción de los usuarios					
	D4.- Establecimiento de umbrales					

Tabla V. Plan de trabajo detallado

Bloque	Fase	Objetivo	Coordinación	Fecha estimada
<i>Bloque A: Requisitos previos</i>	A1.- Búsqueda bibliográfica	Se detalla más en el apartado 3.1 del trabajo	-	Enero a Febrero de 2012
	A2.- Autorización de los Comités Éticos	Aprobación del proyecto por los distintos comités éticos (CEIC Galicia y Comité de Ética de la UDC)	El cronograma posterior puede variar en función de la fecha prevista de la autorización	Febrero a Marzo de 2012
<i>Bloque B: Estudio teórico</i>	B1.- Presentación del estudio	Presentación del estudio a los profesionales sanitarios de los servicios de Psiquiatría del SERGAS	Reunión con todos los profesionales implicados	Marzo de 2012
	B2.- Selección de informantes	Búsqueda de informantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión detallados	-	Marzo de 2012
	B3.- Recogida de datos	Realización de las entrevistas para recoger la información de interés	-	Abril de 2012
	B4.- Análisis de datos	Transcripción y análisis del discurso recogido a través de la categorización y extracción de conclusiones relevantes para el desarrollo del estudio	Será necesaria la colaboración de dos profesionales no involucrados para realizar una triangulación de datos	Abril a Mayo de 2012

<i>Bloque C: Desarrollo tecnológico</i>	C1.- Recolección de requisitos	Definición de objetivos del software	Reuniones interdisciplinarias (con todos los profesionales sanitarios)	Enero a Febrero de 2012
	C2.- Diseño rápido de las nuevas funcionalidades	Desarrollo del prototipo en aspectos de visibilidad e interacción	-	Marzo de 2012
	C3.- Evaluación del prototipo	Concretar y refinar los requisitos de la aplicación	Reuniones interdisciplinarias	Marzo de 2012
	C4.- Refinamiento del prototipo	Refinamiento del prototipo de manera iterativa	Evaluación por parte de los profesionales sanitarios	Abril de 2012
	C5.- Producto	Realización del entorno operacional semi-definitivo	Reuniones interdisciplinarias	Abril a Mayo de 2012
	C6.- Pruebas del sistema	Definición de objetivos del software	Reuniones interdisciplinarias	Mayo de 2012
<i>Bloque D: Estudio experimental</i>	D1.- Evaluación de la satisfacción de los usuarios	Establecer datos de partida en cuanto a la situación previa a la intervención con el prototipo	Usuarios voluntarios en los centros coordinados	Marzo a Abril de 2012
	D2.- Implementación del prototipo	Pruebas con el prototipo en voluntarios	Usuarios y profesionales voluntarios	Abril de 2012
	D3.- Revaluación los usuarios	Reevaluar a los usuarios tras la intervención	Usuarios voluntarios en los centros coordinados	Mayo de 2012
	D4.- Establecimiento de umbrales	Análisis de los datos e interpretación	-	Mayo de 2012

3.6.- Aspectos ético-legales

- Autorización por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Galicia.
- Autorización por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de A Coruña (UDC).
- Consentimiento Informado del profesional para: (Anexos II y III)
 - Participación del estudio
 - Garantizar la confidencialidad de la información según la Ley de Protección de datos de carácter personal RD 15/1999.
- Consentimiento Informado del paciente para: (Anexos VI y VII)
 - Participación del estudio.
 - Garantizar la confidencialidad de la información según la Ley de Protección de datos de carácter personal RD 15/1999.

4.- Resultados

4.1.- Resultados de la revisión bibliográfica

El equilibrio ocupacional se refiere generalmente a un concepto temporal, un equilibrio entre la medida objetiva en la distribución del tiempo en cuanto a las diferentes áreas de ocupación (trabajo, autocuidado o recreativas) y la repercusión de esta sobre la salud de la persona. De forma global, se entiende como la igual distribución de las áreas de autocuidado y descanso contra las de ocio y formativas/laborales. ⁽¹⁸⁻²⁵⁾

Se ha definido históricamente como “el equilibrio del tiempo entre trabajo, juego, ocio y descanso en la vida humana” ⁽²⁶⁾; pero recientemente se han realizado diferentes conceptualizaciones que involucran el uso de las capacidades individuales más allá del uso del tiempo. ⁽²¹⁾

Christiansen sostiene que el equilibrio ocupacional sucede cuando “el impacto percibido por las ocupaciones de la persona es armonioso, cohesivo y permanece bajo control”. ⁽²⁷⁾ Define así junto a Matuska un equilibrio del estilo de vida como un “patrón consistente de ocupaciones que resulta en una reducción del estrés y mejora la salud y el bienestar”. ⁽²⁸⁾

La sociabilidad, la dimensión temporal y el dinero se suelen identificar además, como factores de principal impedimento para alcanzar el equilibrio ocupacional, seguidos de factores psicológicos y emocionales. ⁽²⁹⁾

Desarrollan así un modelo basado en esta definición a través de la obtención de un patrón satisfactorio de ocupación que sea saludable, significativo y sostenible para la persona en sus contextos y circunstancias actuales. ⁽³⁰⁾

Subyacente a esta definición, existe una percepción del balance correcto como la correspondencia entre las capacidades personales y los desafíos

que el entorno predispone, es decir, el equilibrio se permite cuando las capacidades de la persona permiten afrontar los desafíos del entorno de manera que su participación en ocupaciones puedan llevarse a cabo de manera satisfactoria. ⁽²⁹⁻³²⁾

Por tanto, difieren dos conceptos en función de estas percepciones. El primero es un concepto asistencial, que trata de relacionar el uso cultural del tiempo con la distribución de las actividades de la vida diaria. Así, la distribución correcta consiste en comparar dos áreas básicas como

El segundo es un concepto filosófico, con bases aristotélicas y platónicas, que se plantea en función de la participación del sujeto en las distintas ocupaciones diarias, estableciendo un equilibrio entre ocupaciones físicas, mentales y sociales; entre las ocupaciones elegidas y obligatorias; entre las ocupaciones extenuantes y de descanso, o entre aquellas que permiten ser y las de sólo hacer. Esta participación y su equilibrio son los que conforman el bienestar de la persona. ⁽³³⁾

Ambas posturas se entremezclan en la literatura, sin un acuerdo claro entre la clínica y la filosofía ocupacional, aunque parece darse un consenso en el empleo del primero en la clínica de forma mayoritaria, si bien el segundo influye en éste a través del juicio clínico del terapeuta ocupacional.

4.2.- Resultados de las entrevistas

Los resultados de las entrevistas aportaron al proyecto cuatro categorías distintas, analizando la relación entre ocupación y salud mental, definiendo el equilibrio ocupacional, mostrando una distribución adecuada del tiempo para el profesional sanitario y añadiendo aspectos que sería necesario desarrollar de cara a la investigación.

Se evidenciaron ideas, a través de opiniones acerca de lo que se debería realizar, así como nuevas funciones que tendría que contemplar el diseño de la aplicación.

4.2.1.- Perfiles de los entrevistados. Salud mental y ocupación

Los perfiles de los entrevistados se conforman con una amplia variabilidad entre ellos. Si bien todos han trabajado recientemente o continúan trabajando en el ámbito de la salud mental, la experiencia laboral varía entre los casi 15 años y los 8 meses, complementándose en algunos casos con rehabilitación física o el campo docente.

Cada uno aporta su propia definición de salud mental desde su experiencia, pero en muchos casos, utilizan la propia definición de la OMS que encuadra con la suya, enlazándose con conceptos como “equilibrio” y “bienestar”, o “participación”.

“La OMS dice que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (C₀)

“La OMS dice que no es sólo la ausencia de enfermedad mental, sino también tiene que ver con cómo la persona se adapta a su entorno y cómo es capaz de responder a las tensiones de la vida, a la parte del trabajo y a otras actividades.” (D₀)

“...y que debemos de entender este concepto en un sentido amplio e integral; para mí es el equilibrio que hay entre la persona, el ser humano, y el medioambiente, una manera de vivir que supone el desarrollo del potencial humano y permite el pleno goce y armonía sobre las facultades.” (E₀)

“Estado de equilibrio que permite mantener un estado de relación con uno mismo y en entorno eficiente” (A₀)

“Estado de bienestar mental en el que la persona puede desarrollar su participación de manera activa y satisfactoria.” (B₀)

La definición de ocupación, no obstante, toma un concepto más particular, estableciendo como patrón lo significativo y personal de ésta, así como el hecho de aportar identidad a la persona, y su relación con el concepto de salud, ligada además a un entorno cultural determinado.

“Conjunto de actividades significativas que realiza una persona de forma regular y que le aportan una identidad y significado” (A₀)

“Las ocupaciones son actividades del día a día que le proporcionan a la persona salud e identidad.” (B₀)

“El conjunto de actividades que realizamos en nuestro contexto y entorno, que nos definen y que son parte de nuestra cultura.” (C₀)

“Uno de los buenos indicadores de la salud mental.” (F₀)

Se crea una relación entre salud mental y ocupación, en base a un vínculo directo entre ambas. Los discursos recogen dos tipos de reciprocidad; una positiva:

“Si consideramos la ocupación como un agente que va a promover el bienestar psicológico y la salud, ya que la ocupación va a promover estilos de vida más saludables y mejorará el bienestar físico, psicológico y social.” (E₀)

Y otra negativa, reconocida por la mayor parte de los entrevistados:

“La falta de salud mental, se ve que afecta muchísimo a la salud de una persona, y analizando o evaluando el día a día y las actividades que realizan en el día a día, podemos saber si a nivel de salud mental tienen algún tipo de afectación.” (F₀)

“Una persona con problemas de salud mental, tiene dificultades en mantener un equilibrio en la ocupación.” (C₀)

“Una relación directa, es decir, en base a las definiciones de ambos términos, una afectación en la salud mental de una persona determinará la ejecución de las ocupaciones diarias y por lo tanto, dando lugar a un desequilibrio en las áreas ocupacionales e irrumpiendo una situación de disfunción. Y por el otro lado, una alteración de las ocupaciones diarias puede determinar en gran medida el estado de salud mental del individuo, por la misma razón de desequilibrio ocupacional, tal y como puede suceder en fenómenos como el desempleo o la jubilación.” (A₀)

“Cuando no hay salud mental, las ocupaciones de la persona se ven alteradas de acuerdo a su forma o a su contenido, igual que una rutina desestructurada o la realización de ocupaciones poco saludables crea situaciones con poca salud mental.” (B₀)

Existe una relación lógica y patente entre ocupación y salud mental, en la que el equilibrio y los contextos de la primera implican una afectación de la segunda, en grado positivo o negativo; así, se extrapola que cualquier intervención sobre o con la ocupación implica cambios en la propia salud mental.

4.2.2.- Equilibrio ocupacional. Definición

El equilibrio ocupacional se conforma como una entidad de difícil definición, tanto para terapeutas ocupacionales experimentados como los que tienen poca antigüedad en la clínica. Se ofrece una visión filosófica de orden en la vida por parte de todos los entrevistados.

“El estado de armonía entre las distintas áreas ocupacionales, es decir, una repartición lo más igualitaria posible entre ellas.” (A₀)

“Es la relación entre el ser y el hacer, en otras palabras es el conjunto de actividades que realizamos en el día a día y que nos dota de sensación de bienestar necesaria para mantener nuestra salud.” (C₀)

“Creo que es algo muy complejo [...] Es un ajuste entre las distintas actividades del día, y está influido por muchísimas cosas, ya sea por la situación personal de las personas con las que trabajemos, de la situación en el ciclo vital [...] Para mí es un ajuste.” (D₀)

Además, todos los discursos recogen una constancia directa entre salud y equilibrio ocupacional, siendo en muchos casos representada a partir de la propia experiencia, es decir, el aporte de la vida personal que se implica dentro del proceso de salud.

“Aporta una organización y unos patrones de comportamiento y conducta, así como la asignación de roles y la formación de una rutina, importante para tener una vida normalizada.” (A₀)

“Yo creo que tiene algo de filosófico, pero es cierto que aporta salud. Yo misma, los días que trabajo 14 horas no soy capaz de percibir la realidad de la misma forma y si eso se mantiene durante mucho tiempo, la actividad [...] no es muy saludable”. (D₀)

“Yo creo que todo lo que aporta significado va a aportar un estado de salud”. (E₀)

“Es como si fuera un engranaje que funciona bien mientras hay un movimiento acorde entre todas las partes de tu vida o todos los momentos de tu vida y de tu día a día.” (F₀)

Las áreas que se consideran a la hora de elaborar este equilibrio están dispuestas, en todos los casos, de acuerdo a la clasificación del Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) ⁽³⁴⁾:

- *Actividades de la Vida Diaria (AVD)*: Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo.
- *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*: Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado.

- *Descanso*: Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.
- *Educación*: Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente.
- *Trabajo*: Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado.
- *Ocio y Tiempo libre*: Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir.
- *Juego*: Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión.

Sin embargo, a la hora de un análisis más profundo de este concepto, parece haber discrepancias en cuanto a cómo estas áreas se encuentran afectadas en relación a los contextos y entornos que condicionan el ambiente en que se desarrolla la persona, al igual que el ciclo vital en que se halle o circunstancias adicionales, como el nivel económico.

“No es lo mismo que seas un niño, que seas una persona adulta con hijos; mientras que, no sé, actividades como el cuidado de otros va a estar más presente que en la infancia, evidentemente.” (D₀)

Sólo un entrevistado nombra la participación social como un área de ocupación, si bien todos admiten que, en muchas ocasiones, el ámbito social prima con respecto a la persona. Atendiendo a la propia definición de la AOTA, comprende *“patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social”*.⁽³⁴⁾

Es posible que la participación social se tenga en cuenta como un componente intrínseco de algunas ocupaciones, que pueden ser clasificadas en otras áreas, sin tener por ello que excluirla como una en sí misma. Se entiende así que la persona puede realizar actividades y

ocupaciones clasificadas en una única área, pero con procesos de participación social de fondo. ⁽³⁵⁾

4.2.3.- Distribución del tiempo en la persona

Se entiende la cuantificación de estas áreas como un proceso difícil, determinado por los factores nombrados anteriormente, vinculados a factores internos y externos a la persona. Los informantes establecen que existen condicionantes, como la edad, o la situación laboral, a la hora de realizar patrones de distribución.

“Me parecería interesante que consideraras para tu proyecto distintos patrones, o no sé cómo denominarlo, pero no es lo mismo trabajar con un adolescente como con un adulto; un ajuste de actividades determinadas.” (D₀)

No todos los entrevistados fueron capaces de realizar una aproximación de cómo deberían permanecer organizados los tiempos, si bien ofrecieron una aproximación bastante cercana a la ofrecida por la Encuesta del Uso del Tiempo en España en cuanto a un día de semana cualquiera en cuanto a AVD y descanso. Los tiempos de trabajo y ocio son variables.

“Tres horas para AVD, dos horas para AIVD, seis horas de sueño y descanso, una hora de educación, ocho horas de trabajo, dos horas de ocio y tiempo libre y dos horas de participación social.” (C₀)

“Ocho horas laborales, porque es lo que yo trabajo; entre tres o cuatro horas para básicas e instrumentales; ocio... dos horas al día deberíamos hacer por lo menos; descanso de ocho horas, y otras dos horas para ajustes en el día.” (D₀)

“Las actividades de la vida diaria básicas o serían más orientadas a primeras horas del día o a últimas horas del día, dependiendo de los patrones de ejecución de cada persona. La relacionada con el trabajo o con el estudio serían hacia la mañana, y así seguiría.” (E₀)

Además, se distingue en todos los casos el cambio de rutina entre un día de semana y otro de fin de semana, donde parece primar más el ocio, disminuyendo de manera significativa el tiempo de trabajo.

“La cambiaría bastante, si bien las demandas actuales no permiten realizar esa proporción, especialmente en periodo de recesión económica, primando el periodo lectivo o de búsqueda de empleo.” (A₀)

“Un día de semana y un día de fin de semana variaría la proporción. [...] Quitaríamos parte laboral y ahí se aumentaría sobre todo la parte de ocio” (D₀)

“Yo creo que sí, que es esencial, ya que así es como se hace habitualmente en la sociedad. Las personas no hacen lo mismo los fines de semana que entre semana, ya no dedican las mismas horas, por lo tanto con personas con trastorno mental, también sería bueno hacer esa diferencia, ya que también viven con su familia.” (E₀)

“El tema de cuidado personal se realiza sobre todo a primera hora de la mañana, me parece importantísimo el tema del lavado de dientes después de cada una de las comidas, y quizá otro momento a última hora, al acostarse, eso lo más marcado. A nivel de ocio y tiempo libre, particularmente yo, en mis momentos fuera del horario laboral, a partir de las cuatro de la tarde, puedo tener hora y pico, dos horas para caminar o cuidar plantas [...] Y después el tema de instrumentales, el tema de hacer la comida, compras, hacer cosas de casa, todo el mantenimiento de ropa, son cosas del día a día.” (F₀)

En la rutina de la persona, pueden existir ciertos espacios vacíos, no ocupados o muertos. En salud mental, en ocasiones, parecen cobrar relevancia, siendo dos los tipos de opiniones que difieren en cuanto al uso que se les da. Por un lado, algunos profesionales consideran que la sintomatología negativa puede verse agravada por estos espacios y es necesario mantenerse ocupado.

“Una mala gestión de estos ratos muertos pueden incidir en el desequilibrio anteriormente comentado y fomentar actitudes y formas de relación perjudiciales.” (A₀)

“Depende del tipo de persona, pero en salud mental, en ocasiones, es negativo mantener un tiempo no ocupado que pueda agravar la sintomatología.” (B₀)

“Realmente, esos espacios son los que se consideran problemáticos en el sentido de que, si yo tengo la sintomatología X, es en ese momento donde yo puedo pensar en la necesidad de la comida, en caso de anorexia y bulimia. En determinados delirios, en ese espacio muerto voy a presentar esa determinada sintomatología.” (D₀)

Por otro lado, existe un significado de ocio en el tiempo que la persona no realiza actividades, de manera que, siempre y cuando se mantenga en un equilibrio apreciable, no son peligrosos y, en otros términos, normales.

“Tiempo libre. Importantes y necesarios. [...] Siempre y cuando no monopolicen más de la mitad del tiempo dedicado a otras áreas.” (C₀)

“Yo creo que eso se valoraría dentro del tiempo libre y habría que ver si son o no patológicos, porque esos espacios en los cuales no tienes ninguna área de ocupación, los definimos como tiempo libre. [...] Si por ejemplo esa persona lo que hace en esos espacios es fumar todo el día y no hacer nada y estar en su habitación, estamos hablando de sintomatología de la enfermedad y eso no sería beneficioso.” (E₀)

“¿Qué es no hacer nada? A veces queda difícil el no hacer nada. Parece que es la falta de motivación, la falta de energía vital para hacer algo, pero no hacer nada a veces, en algunos casos, viene muy bien; es hacer un relax, un alto.” (F₀)

A la hora de plantear la intervención, existen también diferencias a la hora de si se deben primar ciertas áreas con respecto a otras. Así, las más escogidas suelen ser las AVD, el ocio y la participación social. No

obstante, varias opiniones difieren acerca de la necesidad de cualquier clasificación en grupos.

“Nuestras intervenciones tienen que vincularse al usuario no el usuario a nuestras intervenciones, cada uno es particular de seleccionar lo que quiere y puede hacer en función de su necesidad.”
(C₀)

4.2.4.- Metodología de investigación en el equilibrio ocupacional

Se hizo un recuento de las metodologías empleadas para la valoración, directa o indirecta, del equilibrio ocupacional, recogándose las siguientes, en forma de versión adaptada, en cada servicio.

- Cuestionario de la configuración individual de actividades de Cynkin.
- Evaluación de las áreas ocupacionales de Romero Ayuso.
- Entrevista histórica de la ejecución ocupacional: OPHI II.

No son herramientas específicas pero, a criterio del entrevistado, cumplen las expectativas para cubrir los datos referentes al equilibrio ocupacional.

Además, los informantes describen el proceso de valoración cuantitativa como un complemento de características positivas sobre la intervención, ofreciendo incluso referencias sobre las que trabajar y aportando ideas constructivas.

“Permitiría orientar de forma más precisa el proceso terapéutico, priorizando determinados aspectos sobre otros.” (A₀)

“De hecho hay una valoración similar del MOHO que intenta mostrar lo mismo. Buscar como es el desempeño de cada persona y los porcentajes con cada una de las áreas.” (C₀)

“Sería orientativa. Sería ideal tener un marco que te dijera, orientativamente una persona con estas características debería tener una estructura de actividades diaria así, pero que fuese susceptible a todas las consideraciones que hemos hablado, de factores

personales, que además en usuarios con salud mental va a haber un montón de factores dependientes.” (D₀)

“Eso sería realmente muy bueno, el poder valorar, el poder llevar un registro, que no sea complicado, que sea muy visual, a mí me parece que es importantísimo, tanto para poder hacer el registro del profesional, como para que el paciente detecte qué tiempos le da a cada una de estas áreas.” (F₀)

Pese a ello, todos los profesionales admiten que es necesaria una valoración cualitativa complementaria a la cuantitativa, donde el profesional pueda explicar más a fondo los detalles o añadir información sin la cual no se entendería el proceso que se lleva a cabo.

“Que te dé opción a una descripción cualitativa. Aunque tú pongas o marques un número, o un sí o un no, o algo que te permita pasar esa herramienta fácilmente, necesitas una descripción cualitativa, porque a lo mejor la actividad de la persona no está incluida en lo que tú contemplas, entonces que se pueda describir, o a lo mejor está ahí pero con alguna variación.” (D₀)

“Yo igual utilizaría escalas y recopilaría de información directa o indirecta. Las entrevistas con pacientes son importantes, ver cómo percibe él los cambios, ver cómo lo percibe la familia y comprobar la concordancia”. (E₀)

“Las escalas de cero a diez, el problema, es que, si tienes diez ítems para evaluar, y tienes cinco en la mayor y cinco en la menor, va a hacer un promedio; y ver un número final, a mí no significa nada. Si puedo visualizar cada uno de los ítems, me parece mucho más claro.” (F₀)

4.3.- Resultados del desarrollo del proyecto. El Índice EqO

La valoración del equilibrio ocupacional se consideró como relevante en el proceso de intervención y valoración desde Terapia Ocupacional. Por

tanto, a través de la elaboración del Índice EqO, se intentó abordar este concepto en la práctica asistencial.

Su diseño se basa en el *Cuestionario de la configuración individual de actividades* de Cynkin⁽³⁶⁾ a partir de una hoja de cálculo programada desde el software Microsoft Excel 2007, cuya difusión entre la población suele ser mayoritaria, así como entre los ordenadores del SERGAS. Este programa ofrece funciones de gran versatilidad para el cálculo. Además, se crearon *macros* y nuevos comandos en base al lenguaje informático *Visual Basic*.

El archivo final consta de siete partes:

- Breve presentación del ítem.
- Hoja de instrucciones y glosario de términos.
- Horario semanal.
- Horario de fin de semana.
- Valoración y explicación de los resultados.
- Gráficos de cada área.
- Hoja de registro.

La organización en cuanto al nivel cuantitativo se realizó en función de los resultados de la Encuesta del Uso del Tiempo expuesta anteriormente. Se tomaron resultados aproximados a los porcentajes ofrecidos, dividiendo así en cuatro patrones de uso de tiempo distinto por rango de edad.

Se dividió por las áreas definidas tras las categorías aportadas y recogidas en el apartado 4.2, que sintetizan en mayor medida los discursos. Se recogen en la hoja de instrucciones.

Se administra así la distribución en dos grupos (A y B), a proporciones de 50% cada una en un estado óptimo, independientemente del rango de edad. La Tabla VI recoge qué áreas de ocupación entran en cada uno, y a su vez qué actividades de la distribución mostrada en la encuesta se incluyen.

Tabla VI. Organización y distribución de las áreas por patrones de edad

		Área A		Área B		
Actividades de la encuesta incluidas		Cuidados personales	Hogar y familia	Vida social y diversión	Trabajo remunerado	
				Deportes y actividades al aire libre	Trabajo no remunerado y reuniones	
			Trayectos	Aficiones e informática Medios de comunicación	Estudios	
Áreas de ocupación		Descanso	AVD	AIVD	Ocio	Productividad
% sobre el área	<25 años	66,6% (2/3)	33,3% (1/3)	16,6% (1/6)	50% (1/2)	33,3% (1/3)
	25-44 años			33,3% (1/3)	33,3% (1/3)	33,3% (1/3)
	45-64 años			33,3% (1/3)	41,6% (5/12)	25% (1/4)
	≥65 años			33,3% (1/3)	58,3% (7/12)	8,3% (1/12)
% sobre el total	<25 años	33,3% (1/3)	16,6% (1/6)	8,3% (1/12)	25% (1/4)	16,6% (1/6)
	25-44 años			16,6% (1/6)	16,6% (1/6)	16,6% (1/6)
	45-64 años			16,6% (1/6)	20,8% (5/24)	12,5% (1/8)
	≥65 años			16,6% (1/6)	29,2% (7/24)	4,2% (1/24)

Los resultados ofrecidos por la aplicación no sólo se establecen de manera numérica sino que intentan aportar mayor facilidad de interpretación, tanto para el terapeuta como para el usuario. El significado cuantitativo se traduce en texto de acuerdo a los valores introducidos, y

establece un sencillo código de colores (rojo, amarillo o verde) para indicar el grado de importancia de cada ítem.

La valoración del resultado final queda a discreción del terapeuta, con la posibilidad de realizar anotaciones de forma cualitativa.

En el Anexo XI se incluye una muestra de un ejemplo ficticio impreso.

El proceso de iteración mediante las reuniones interdisciplinarias dio lugar a unas ventajas clave en el desarrollo del proyecto. El resultado final, no obstante, mostraba carencias mejorables en líneas de desarrollo futuras. La Tabla VII divide estas dos categorías.

Tabla VII. Principales ventajas e inconvenientes de la aplicación

Ventajas iniciales	Problemas percibidos
Entorno gráfico atractivo e intuitivo.	No todos los ordenadores tienen Excel 2007, y aunque se guardó en un formato compatible con 2003 y anteriores no es segura la garantía de que pueda funcionar en esa versión.
Con pocas instrucciones, claras y precisas, lo que deberá facilitar su uso.	Es necesario un adiestramiento previo en el programa.
Informatizado: Perspectivas al registro informático de datos como línea de desarrollo.	
Debe permitir la valoración evolutiva de cada caso personalizado así como el registro de cada una de las valoraciones.	Toda la interpretación depende del terapeuta, del usuario y del momento de la enfermedad. Sólo ofrece unos datos provisionales.
Proceso interactivo entre usuario y terapeuta: Afianza más la relación terapéutica porque exige una colaboración por ambas partes.	No es capaz de reconocer la adecuación de la actividad escrita con respecto la hora del día. Al registrar sólo horas, un usuario que duerma 8 horas al día distribuidas 1 hora cada 3 horas, puede tener “adecuado equilibrio ocupacional”.

Los problemas percibidos de la puesta en marcha del programa se pueden considerar abordables desde una metodología de investigación futura con conocimientos adecuados, tiempo suficiente y una población lo suficientemente amplia. El Índice EqO trata de establecer una línea de modificación abierta y recíproca en base a las experiencias recogidas.

4.4.- Resultados de la intervención con usuarios

Los horarios entregados a los usuarios y grupo control cubiertos a mano fueron devueltos una semana después totalmente cubiertos.

Dos terapeutas ocupacionales valoraron cada horario en función de la correcta distribución de áreas y su equilibrio ocupacional, cuyos criterios coincidieron en todos los casos.

La primera valoración con la aplicación informática se hizo mediante los datos del grupo control. Con los resultados presentes, se hizo una modificación de los rangos, adaptándolos. Los valores marcados permitieron establecer los siguientes (Tabla VIII).

Tabla VIII. Rangos de cada interpretación de los valores por área de ocupación

Área	Insuficiente	Poco	Óptimo	Mucho	Excesivo
AVD	<40%	40-60%	60-130%	130-150%	>150%
AIVD	<45%	45-65%	65-125%	125%-135%	>135%
Descanso	<75%	75-85%	85-115%	115%-125%	>125%
Ocio	<75%	75-85%	85-115%	115%-125%	>125%
Productividad	<75%	75-85%	85-135%	135%-155%	>155%
Equilibrio Global (sobre 10)	<6	6-8	8-10	N/A	N/A

Muchas personas del grupo control justificaron que, dado el escaso tiempo que les suelen llevar algunas, no las registraron o las anotaron como si duraran una hora completa, como por ejemplo, el lavado de

dientes, o el transporte, de ahí que los rangos sean mayores en AVD y AIVD.

Se contemplaron los procesos de participación social como relevantes, si bien fueron complicados de clasificar. En función de las áreas de ocupación que desempeña la persona, pueden o no existir situaciones de participación social.

Para este fin se desarrolló una función adicional. El terapeuta reflejará qué actividades descritas se realizan con una interacción del usuario con más gente de manera directa, favoreciendo sus destrezas y habilidades sociales. Los resultados óptimos del grupo control sugirieron un valor óptimo de un 20% de participación social.

Posteriormente, junto con los usuarios del Hospital de Día, se realizó el proceso de valoración. Se registraron todos los datos relevantes en cada caso, dispuestos para comparativas posteriores. La Tabla IX expone este registro.

Tabla IX. Registro de casos y controles en las valoraciones. PL=Problemas leves; PG=Problemas graves

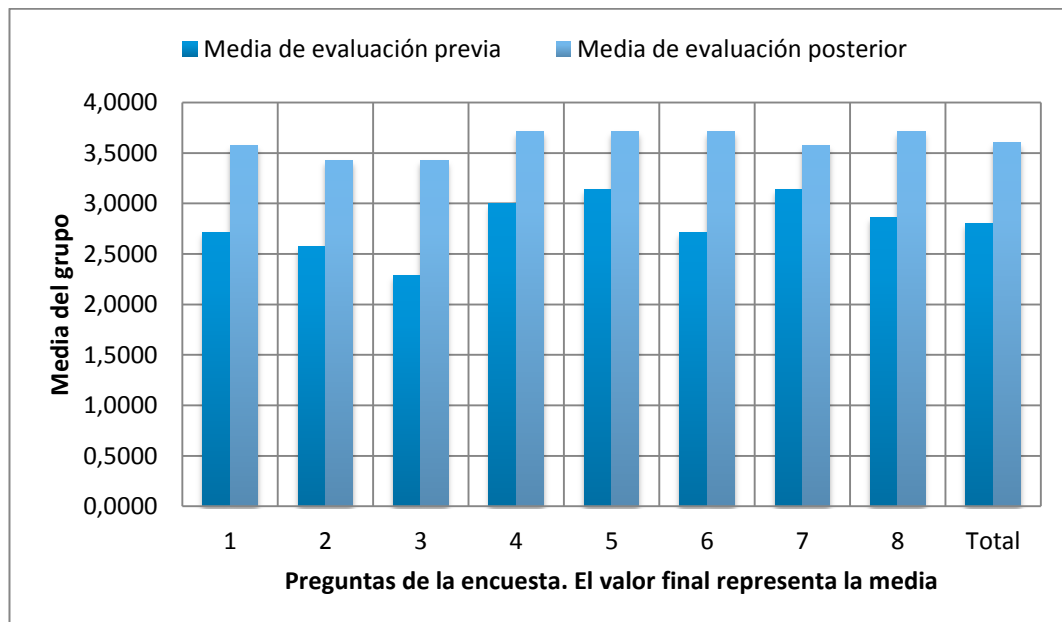
	Reg.	Edad	Valoración clínica					Valoración informática					Correspondencia	Porcentaje de acierto		
			¿Equilibrio?	Áreas afectadas					¿Equilibrio?	Áreas afectadas						
				Desc	AVD	AIVD	Ocio	Prod.		Desc	AVD	AIVD			Ocio	Prod.
Grupo de controles	A ₁	55	No (PL)		X			X	No (PL)		X	X		X	No	71,43%
	B ₁	22	Si					X	Si					X	Si	
	C ₁	22	Si	X			X	X	Si	X			X	X	Si	
	D ₁	26	Si					X	Si				X	X	No	
	E ₁	23	Si			X	X	X	Si			X	X	X	Si	
	F ₁	23	Si						Si						Si	
	G ₁	26	Si			X	X	X	Si			X	X	X	Si	
Grupo de casos	A ₁	40	No (PL)	X		X	X		No (PL)	X		X	X		Si	71,43%
	B ₂	26	No (PL)			X	X		Si			X	X		No	
	C ₂	56	No (PL)	X		X	X	X	No (PL)	X		X	X	X	Si	
	D ₂	65	No (PG)	X			X		No (PG)	X			X		Si	
	E ₂	20	Si	X	X				Si	X					No	
	F ₂	36	No (PG)			X	X	X	No (PG)			X	X	X	Si	
	G ₂	30	No (PL)	X		X			No (PL)	X		X			Si	

En cuanto a las encuestas de satisfacción, se produce un aumento en general de la puntuación de todas las preguntas. (Tabla X y Figura 8)

Tabla X. Media por pregunta en las evaluaciones

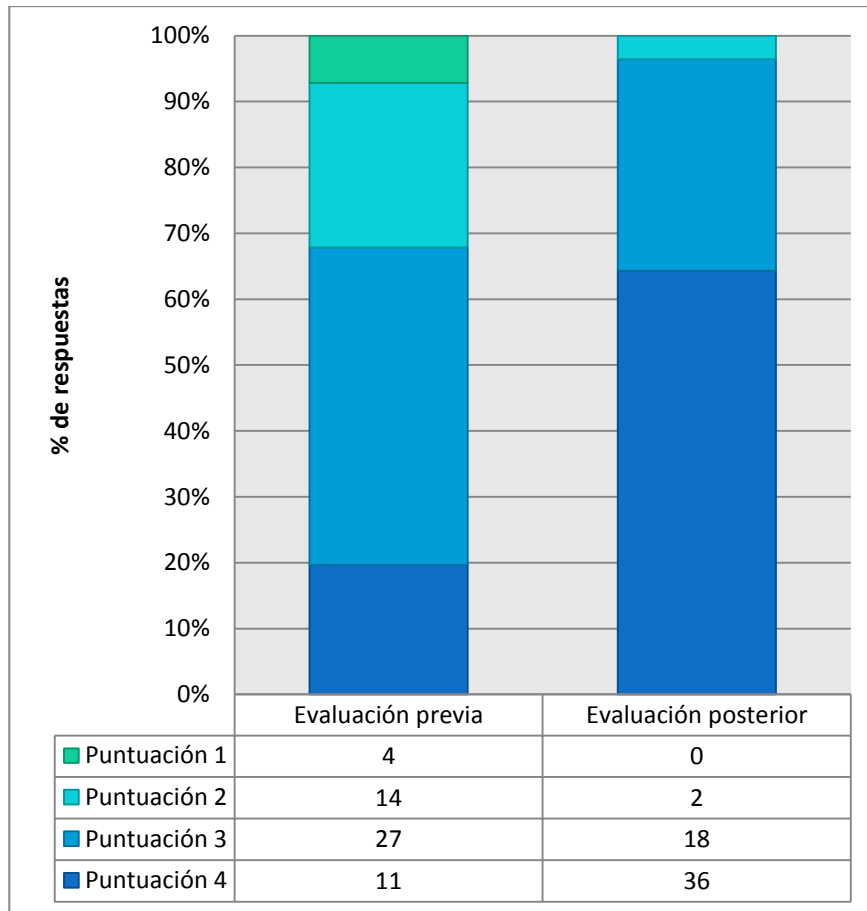
Pregunta	N	Evaluación previa			Evaluación posterior		
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
1	7	2.7143	.95119	.35952	3.5714	.53452	.20203
2	7	2.5714	.97590	.36886	3.4286	.78680	.29738
3	7	2.2857	.95119	.35952	3.4286	.78680	.29738
4	7	3.0000	1.00000	.37796	3.7143	.48795	.18443
5	7	3.1429	.69007	.26082	3.7143	.48795	.18443
6	7	2.7143	.75593	.28571	3.7143	.48795	.18443
7	7	3.1429	.69007	.26082	3.5714	.53452	.20203
8	7	2.8571	.69007	.26082	3.7143	.48795	.18443
Total	7	2.8036	-	-	3.6072	-	-

Figura 8. Gráficos de media por pregunta y media total entre evaluaciones



El recuento de las puntuaciones muestra un aumento del máximo grado de satisfacción, disminuyendo al máximo las puntuaciones más bajas (Figura 9).

Figura 9. Recuento de puntuaciones por evaluación



Aunque los resultados no muestran una significación estadística, aportan información sobre la efectividad de la herramienta orientada desde las nuevas tecnologías a la intervención global.

El análisis de datos cualitativos complementarios explica que los usuarios entrevistados tienen una actitud positiva hacia la nueva actividad. Se considera más moderna, actualizada y con mayor aportación para el usuario que la actividad tradicional.

“Ahora veo más claras las cosas que tengo que cambiar.” (B₂)

“Al estar por colores y verlo así, te das cuenta de lo que te hace falta.” (E₂)

“No sabía que con un ordenador se podía hacer esto. La verdad es que está genial.” (F₂)

Sólo dos usuarios, los mayores del grupo, entendían la tarea como dificultosa por su menor uso del ordenador y pocos conocimientos informáticos.

“A mí me gusta, pero no entiendo esto, no sé.” (C₂)

“Yo anduve con ordenadores, que dábamos clase pero eso es para los pequeños, los jóvenes, a mí no... nunca me gustó.” (D₂)

Ninguno consideró que hiciera falta cambiar nada de la actividad, pero todos dieron a entender que sería muy difícil para ellos realizarla en solitario y necesitarían siempre de la ayuda de alguien.

“Es fácil de entender porque estás aquí conmigo y la hacemos juntos, pero esto en casa yo no soy capaz.” (A₂)

“No sé, es que juntos es fácil, pero yo en casa esto no lo hago solo.” (G₂)

En resumen, la satisfacción de los usuarios aumenta. Esto determina la calidad del servicio percibida y, además, les involucra en la actividad. La valoración no se convierte en un medio estático del terapeuta sino en una interacción con el usuario, y los resultados son significativos para éste.

5.- Discusión

Los trastornos mentales afectan a la funcionalidad del individuo, resultando no sólo en un enorme sufrimiento emocional y una cualidad de vida disminuida, sino también la alineación social, el estigma y la discriminación ⁽⁴⁾. Esta carga se extiende más allá de la comunidad y la sociedad, alcanzando consecuencias económicas y sociales.

Los trastornos mentales se asocian con frecuencia a una secuencia de tratamientos extensos, paro por enfermedad, desempleo (por períodos prolongados o cortos), turnos laborales y pérdidas de productividad que conllevan un aumento de costes totales. Como el trastorno mental crea discapacidad durante muchos años, el nivel de bienestar emocional y socioeconómico de los familiares y cuidadores del paciente desciende, sobre todo en casos de pacientes con enfermedades mentales crónicas.

Para reducir la carga individual y social de los trastornos mentales es esencial dar una mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental desde el nivel político, legislativo, de distribución de recursos y de reforma sobre el sistema nacional de salud.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental. Para ello hay que incorporar la promoción de la salud mental a las políticas y programas no solo del sector de la salud, sino también de los sectores público y privado en aspectos como la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. ⁽²⁾

Wilcock afirma que:

“la ocupación provee el mecanismo para la interacción social, el desarrollo social y la piedra base de la formación y el crecimiento para la identidad comunitaria, local y nacional.” ⁽³⁷⁾

Encontrar las necesidades reales de los individuos con trastornos serios en su salud mental puede ser un reto. La ocupación muchas veces se percibe como algo mundano debido a su uso tan común, pero se constituye como un fenómeno complejo, tanto que, aquellos profesionales que la observan como a un conjunto de partes y componentes para el desarrollo de habilidades específicas, realizan una alienación de la propia persona, segmentándola en destrezas y características, en búsqueda de una salud holística, una incongruencia profesional.

Por ello, la investigación desde un punto de vista cultural y, en definitiva, social, cobra especial relevancia a la hora de no distinguir a la persona de sus contextos, integrándola en estos. El conocimiento de la terapia relativo al equilibrio ocupacional, parece basarse en textos preestablecidos, asumiendo concepciones muy flexibles en cuestión del contexto que, en consecuencia, parecen difícil de plasmar.

Apenas existen estudios dispuestos a realizar una definición del equilibrio ocupacional en relación a su propio contexto cultural, y existe por tanto un sesgo importante en la metodología de investigación que no se suele reflejar. Esto genera un descenso de la calidad de la literatura científica en este campo.

Si se considera el problema de la salud mental como un proceso social, no se pueden desligar términos sanitarios del significado sociocultural de los mismos. De igual manera, los medios y métodos para abordar estos problemas también deben evolucionar de acuerdo a los cambios sociales.

Así, el equilibrio ocupacional, socialmente hablando, puede mantenerse en un constante cambio, cuya revisión tiene implicaciones directas sobre la práctica asistencial y la actividad investigadora. Esta justificación viene determinada por la bifocalidad de las definiciones aportadas sobre el mismo, y como su relación se implica de manera directa en la práctica, no como compartimentos estancos, sino como una interrelación constante.

El concepto asistencial del equilibrio ocupacional parece establecer no sólo los patrones del uso del tiempo, sino la relación de distintas áreas en la vida de la persona.

Si se plantea el esquema inicial del uso del tiempo como un patrón cultural de distribución, se observan dos distribuciones parejas. Una mitad del tiempo invertido reside en las áreas de cuidado personal y descanso; la literatura recoge estas áreas de igual proporción en otras culturas, por lo que, avalado por el importante papel que cobran en la definición del estado de independencia de la persona, podemos decir que son inherentes a la especie humana.

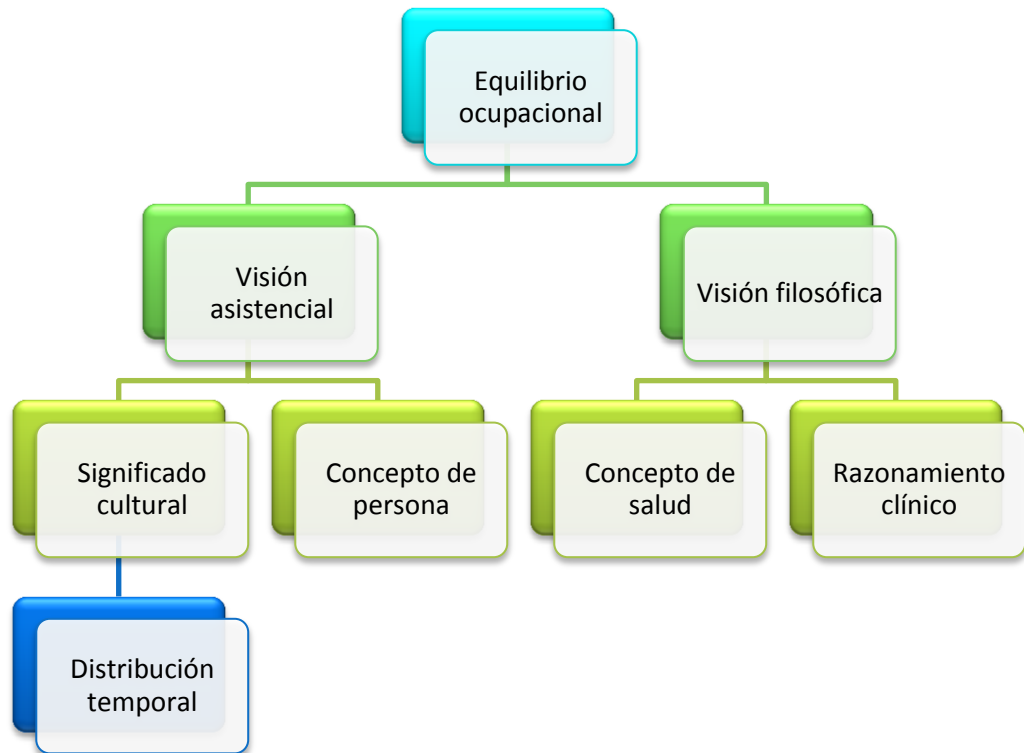
Por tanto, lo realmente cultural a nivel de la clínica implica la distribución del tiempo de cuidado del hogar, participación social, ocio o educación entre otras. Esta variedad por tanto, no tiene por qué mantener unas relaciones de “igual distribución” entre las dos áreas mayoritarias.

Sin embargo, el concepto que las Ciencias de la Ocupación entienden como equilibrio ocupacional, no parece razonable a medirse y cuantificarse, sino que usa una implicación de colaboración en el razonamiento clínico a través de una visión distinta al anterior.

Se desarrolla como la definición de un equilibrio sobre la participación en las ocupaciones que produce bienestar. Por ejemplo, el equilibrio entre las ocupaciones físicas, mentales y sociales; entre las ocupaciones elegidas y obligatorias; entre las ocupaciones extenuantes y de descanso, o entre ser y hacer.⁽³³⁾

Este teorema filosófico busca la medida, el equilibrio, en cualquier aspecto entre las ocupaciones y su significación. Por tanto, el clínico aporta un significado cultural y el concepto intrínseco de persona, es decir, la valoración personal que hace esta de la clasificación de sus ocupaciones y el contexto en que se desarrolla, y el filosófico orienta esta visión de cara a la obtención de salud y bienestar para ella. (Figura 10)

Figura 10. Proceso de deconstrucción del equilibrio ocupacional desde las perspectivas clínica y teórica



Así, en resumen, el equilibrio ocupacional se compone de una parte práctica o asistencial, y una teórica de carácter filosófico. La visión asistencial toma relevancia a la hora de aportar el significado cultural, representado por la distribución temporal de las rutinas individuales comunes en las que crece el ser humano; el concepto de persona implica, por otro lado, la individualidad característica, conformada por los contextos y entornos que modifican su propio patrón con respecto al del resto de la sociedad, lo que lleva a la necesaria inclusión de su rol activo dentro del proceso de intervención, dado que es la forma más eficaz de favorecer su salud y bienestar.

La visión filosófica se rige por el propio concepto de salud, un término abstracto de difícil definición pero de significado conocido, influido a su vez por el razonamiento clínico. Esta noción afecta al proceso de lógica del terapeuta ocupacional, tratando de buscar el equilibrio a favor del bienestar de la persona, sin necesidad de una persona física sobre la que orientar su intencionalidad, de ahí su componente filosófico.

Ambas, conjuntamente, construyen el equilibrio ocupacional, de manera que una no se puede entender sin otra en este concepto.

De cara al futuro, es importante, investigar si y cómo los factores sociodemográficos están relacionados con la participación laboral y el equilibrio ocupacional, así como otros relacionados con la salud en las variables de las personas con enfermedad mental.

“La información sobre el equilibrio entre los roles en la vida social, y el trabajo o no trabajo podría ayudar a mejorar nuestra comprensión del equilibrio ocupacional.”

(22)

6.- Conclusiones

El equilibrio ocupacional se puede definir, dentro de la práctica asistencial, como la correcta distribución de las áreas ocupacionales de la persona, aportando salud y bienestar.

A través de una metodología cualitativa es posible definir este equilibrio a grandes rasgos, si bien cada definición es personal y con pequeños detalles que la diferencian de las de otros profesionales.

A través de las nuevas tecnologías, es posible desarrollar maneras para ayudar a valorar este concepto. No obstante, la variedad de contextos y entornos que condicionan la distribución del tiempo de la persona, sigue implicando la necesaria interpretación del terapeuta ocupacional.

Comprender y evaluar en el uso del tiempo, la participación ocupacional y el equilibrio ocupacional permite recalcar su importancia para la salud y el bienestar. Por esta razón, parece lógico resaltar la importancia de adquirir métodos para el diseño de distintas intervenciones que funcionen en relación a una filosofía del uso del tiempo de una manera ocupacional, tanto en investigación como en clínica.

Es importante investigar cómo los factores sociodemográficos se relacionan con la participación ocupacional y su equilibrio en función de un contexto cultural determinado, así como otras variables relacionadas con la salud mental que permitan desarrollar estrategias, no sólo de intervención, sino también de prevención. La información sobre el equilibrio entre roles, hábitos, rutinas, organización, costumbres y otros, pueden ayudar a mejorar nuestra comprensión del equilibrio ocupacional.

La participación social cobra especial relevancia en el contexto de la salud mental, como un trasfondo de cualquier área de ocupación. Aunque es difícil definir los límites de esta participación social, es más complicado definir el contexto en el que se realiza. Así, un usuario que tenga una buena participación social con la familia, no tiene por qué tener una

valoración positiva en general, si este es el único contexto con el que se relaciona.

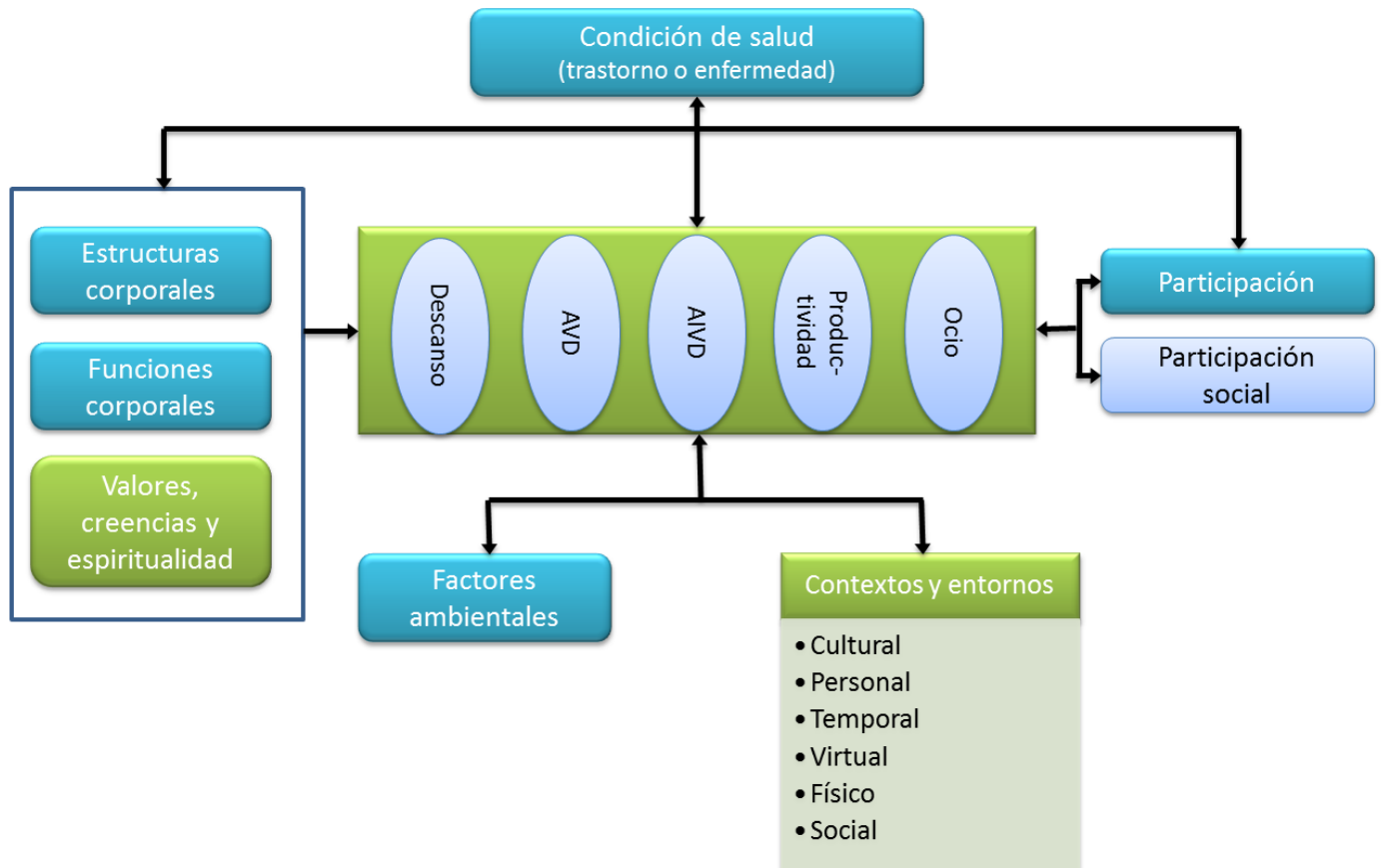
Esto ocurre con otras áreas de ocupación como el ocio, sedentario o activo, en casa o al aire libre, y las AVD, cuya distribución temporal dificulta su registro, al igual que la diferenciación entre higiene o hábitos alimenticios.

A través de estos pequeños detalles, la elaboración de una valoración cuantitativa y objetiva del equilibrio ocupacional se vuelve compleja.

Es necesario perfilar detalles relativos a las áreas de ocupación, como la motivación implícita del ocio. Si éste se une a una pasividad total, es un ocio improductivo, característico de algunas enfermedades mentales o situaciones externas, que modifican el desempeño de la actividad y su influencia en el bienestar de la persona.

El Marco de Trabajo de la AOTA ⁽³⁴⁾ se considera un punto de partida para el análisis de la actividad; pero las evidencias del trabajo muestran una ineficacia en valorar pequeños detalles relativos a la población con enfermedad mental, por ejemplo, la motivación, la participación social subyacente en las áreas de ocupación o la capacidad de elaborar un ocio acompañado o solitario, entre otros. La interacción del Marco de Trabajo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) ⁽³⁸⁾, ofrece una nueva perspectiva más amplia. La relación entre áreas de ocupación, participación social y el contexto interior y exterior en que se desarrolle muestra una pequeña ventana del cambio necesario en este marco de referencia. (Figura 11)

Figura 11. Interacción de los componentes de la CIF con los del Marco de Trabajo implicados en el proyecto. En verde: Componentes del Marco de Trabajo que interactúan; en gris: áreas de ocupación empleadas; en azul: Componentes de la CIF.



Valorar el grado de satisfacción que produce cada actividad, aporta información sobre la persona. Orientar esta satisfacción asegura realizar ocupaciones realmente significativas. Así, es posible explorar las posibilidades que la persona ofrece en la intervención desde un punto de vista holístico.

7.- Agradecimientos

*“Los vivos eran los que no se daban cuenta de que sucedían cosas extrañas y maravillosas, porque la vida estaba demasiado llena de cosas aburridas y mundanas.” (Terry Pratchet, *Making Money*)*

A mis padres, Juan y Pilar, y a mis abuelas, Irene y Margarita.

A mis tutores, Javier Pereira y Carmen García, por su ayuda, sus críticas y permitirme abrir el camino.

A María Calvo, por todas sus palabras y sus ánimos, que me ayudan a levantarme cuando me he caído, pero también a ser constante y no dormirme en los laureles.

A Alejandra, por darme su mano.

A Frederic, por su visión y toda la ayuda que me ha prestado sin querer.

A Óscar, Teresa, Tere y Ángel, porque los amigos se cuentan con los dedos de una mano (y aún me sobra uno).

A Laura Tuñas, por soportarme a lo largo de estos meses tanto a mí como a mis manías y excentricidades, sin darme de lado.

A Laura Nieto por sus correcciones de última hora.

De modo particular, a Miguel Talavera, por mostrarme nuevos caminos de enfrentar las situaciones que el trabajo iba planteando.

A todos los usuarios, terapeutas ocupacionales, enfermeras, psiquiatras y demás personal sanitario del SERGAS que ha colaborado de forma directa o indirecta en la elaboración de este trabajo.

Y finalmente, a cualquier que lea este texto, por razones obvias.

8.- Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecimiento de nuestra respuesta. Hoja informativa, N° 220 ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
3. World Health Organization. The global burden of disease. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
4. World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Ginebra: World Health Organization; 2002.
5. Robinson J, Godbey G. Time for Life: the Surprising Ways Americans Use their Time. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
6. Statistics Canada. The 1992 General Social Survey: Cycle 7. Time use. Ottawa: Statistics Canada; 1995.
7. World Health Organization. International Classification of Functioning and Disability: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
8. Harvey A. Quality of life and the use of time theory and measurement. J Occup Sci Aust. 1993;1:27-9.
9. Barcerk Schwartz K. Historia de la Terapia Ocupacional. En: Crepeau EB, Cohn ES, Boyt Schell BA. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
10. Meyer A. The philosophy of occupational therapy (reimpreso). Am J Occup Ther. 1977; 31(10):639-42.
11. Wilcock A. An Occupational Perspective of Health. Thorofare: Slack; 1998.
12. Christiansen C, Backman C, Little B, Nguyen A. Occupations and wellbeing: a study of personal projects. Am J Occup Ther. 1998;52(1):91-100.

13. World Health Organization. Economic aspects of the mental health system: Key messages to Health planners and policy-makers. Ginebra: World Health Organization; 2006.
14. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
15. Modelos de consentimiento informado. Comité Ético de Investigación de Galicia [sede Web]. Galicia: Consellería de Sanidade; 2011 [Acceso 24 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.sergas.es>.
16. Boehm BW. A spiral model of software development and enhancement. IEEE Comput. 1988;21(5):61-72.
17. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003-2007) [sede Web]. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales; 2007 [Acceso 1 de diciembre de 2011] Disponible en: http://www.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/instrumentos_cam.htm
18. Parkinson S, Forsyth K, Durose S, Mason R, Harris D. The balance of occupation-focused and generic tasks within a mental health and learning disability occupational therapy service. Br J Occup Ther. 2009;78(8):366-70.
19. Bazyk S, Bazyk J. Meaning of occupation-based groups for low-income urban youths attending after-school care. Am J Occup Ther. 2009;63(1):69-80.
20. Le Granse MAD, Kinébanian AB, Josephsson SC. Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: A challenge for occupational therapists from the Netherlands, Germany and Belgium. Occup Ther Int. 2006;13(3):142-59.
21. Pettican A, Prior S. It's a new way of life: An exploration of the occupational transition of retirement. Br J Occup Ther. 2011;74(1):12-9.
22. Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. Occup Ther Ment. 2010;26(1):1-17.

23. Leufstadius C, Erlandsson L, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occup Ther Inter* 2006;13(3):123-41.
24. Christ P, Coffin PS, Davis CG. The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. *Occup Ther Ment Health*. 2000;15(1):27-42.
25. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *Am J Occup Ther*. 2011;65(3):267-76.
26. Meyer A. The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*. 1922(1):1-10.
27. Christiansen HC. Three perspectives of balance in occupation. In: Zrmke R, Clark F, editors. *Occupational science: The evolving discipline*. Philadelphia: F.A.Davis; 1996.
28. Christiansen CH, Matuska KM. Lifestyle balance: A review of concepts and research. *J Occup Sci*. 2006;13(1):49-61.
29. Wilson L, Wilcock A. Occupational balance: What tips the scales for new students? *Br J Occup Ther*. 2005;68(7):319-23.
30. Håkansson C, Björkelund C, Eklund M. Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. *Aust Occup Ther J*. 2011;58(6):397-404.
31. Craik C, Bryant W, Ryan A, Barclay S, Brooke N, Mason A, et al. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Aust Occup Ther J*. 2010;57(5):339-44.
32. Anaby DR, Backman CL, Jarus T. Measuring occupational balance: a theoretical exploration of two approaches. *Can J Occup Ther*. 2010;77(5):280-8.
33. Wilcock A. *Occupational perspective of health*. New Jersey: Slack; 2006.
34. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al.

- Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [acceso 29 de enero de 2011]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
35. Holm MB, Rogers JC, Stone RG. Intervenciones persona-tarea-ambiente: una guía para la toma de decisiones. En: Crepeau EB, Cohn ES, Boyt Schell BA (ed). Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
 36. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. Fuentes de información y técnicas de evaluación. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso D(ed). Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003.
 37. Wilcock A. A theory of the human need for occupational. *J Occup Sci Aust.* 1993;1(1):17-24.
 38. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.

9.- Anexos

Anexo I
Estrategia de búsqueda bibliográfica

Estrategia de búsqueda bibliográfica

A continuación se exponen los resultados de la búsqueda bibliográfica en cuanto a la revisión del tema de estudio. Se han dispuesto las bases de datos de forma cronológica, explicando en cada una la estrategia empleada en el buscador, el número de resultados totales, el número de resultados válidos o pertinentes para el tema de estudio, y aquellos disponibles de acuerdo a los recursos empleados, explicados en el apartado 3.1 de Metodología.

Base de datos: Biblioteca Cochrane Plus

Fecha de consulta: 30 de enero de 2012

Tabla XI. Búsqueda bibliográfica en Biblioteca Cochrane (acceso Biblioteca Cochrane Plus)

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos
("SALUD MENTAL"):TA	46	0
("ENFERMEDAD MENTAL"):TA	5	0
OCUPACIÓN:TA	11	0
("MENTAL HEALTH"):TA	3313	-
("MENTAL HEALTH" AND "OCCUPATION"):TA	6	0
("MENTAL HEALTH" AND "PROGRAM EVALUATION"):TA	3	0
<i>Límites activados:</i> -		

Base de datos: JBI CONnECT+

Fecha de consulta: 30 de enero de 2012

Tabla XII. Búsqueda bibliográfica JBI CONnECT+ (Joanna Briggs Institute)

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos
("Mental Health")	15	0
("Mental Disorders")	1	0
<i>Límites activados:</i> -		

Base de datos: CINAHL

Fecha de búsqueda: 31 de enero de 2012

Tabla XIII. Búsqueda bibliográfica en CINAHL

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos
(MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Treatment (Saba CCC)")	1976	-
((MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Treatment (Saba CCC))) AND ((MH "Occupational Therapist Attitudes") OR (MH "Occupational Therapy Assistants"))	2	0
((MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Treatment (Saba CCC))) AND (MH "Patient Autonomy")	3	0
(MH "Occupational Therapy Assessment") OR (MH "Occupational Therapy Practice, Research-Based") OR (MH "Research, Occupational Therapy") AND "Balance"	18	1
<i>Límites activados:</i> Fecha de publicación: 2000-2011; Recursos: Publicaciones académicas, periódicas; Edad: Adolescentes (13-18), adultos (19-44), mediana edad (45-64)		
<i>Resultados:</i>		
Parkinson S, Forsyth K, Durose S, Mason R, Harris D. The balance of occupation-focused and generic tasks within a mental health and learning disability occupational therapy service. Br J Occup Ther. 2009 Aug; 72(8): 366-70		Br J Occup Ther (SJR):0,034

Base de datos: Scopus

Fecha de búsqueda: 1 de febrero de 2012

Tabla XIV. Búsqueda bibliográfica en Scopus (acceso UDC)

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos
TITLE-ABS-KEY("mental health")	76.609	-
TITLE-ABS-KEY(("mental health" OR "mental disorders") AND "Personal Autonomy")	339	-
TITLE-ABS-KEY(("mental health" OR "mental disorders") AND "Personal Autonomy" AND "Occupation")	5	2
TITLE-ABS-KEY("Occupational Balance")	25	11
Límites activados: Publicación: 2000 a 2011; Recursos: Artículos, revisiones sistemáticas; Idioma: Francés, Inglés, Español.		
Resultados:		
Le Granse MAD, Kinébanian AB, Josephsson SC. Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: A challenge for occupational therapists from the Netherlands, Germany and Belgium. <i>Occup Ther Int.</i> 2006;13(3):142-59	Occup Ther Inter (SJR): 0,043	
Craik C, Bryant W, Ryan A, Barclay S, Brooke N, Mason A, et al. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. <i>Aust Occup Ther J.</i> 2010 Oct;57(5):339-44	Aust Occup Ther J (SJR): 0,04	
Pettican A, Prior S. Its a new way of life: An exploration of the occupational transition of retirement. <i>Br J Occup Ther.</i> 2011;74(1):12-9	Br J Occup Ther (SJR): 0,034	
Anaby DR, Backman CL, Jarus T. Measuring occupational balance: a theoretical exploration of two approaches. <i>Can J Occup Ther.</i> 2010 Dec;77(5):280-8	Can J Occup Ther (SJR): 0,046	
Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. <i>Am J Occup Ther.</i> 2011 May-Jun;65(3):267-76	Am J Occup Ther (SJR): 0,05 (JCR): 1,672	
Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. <i>Occupational Therapy in Mental Health.</i> 2010;26(1):1-17	Occup Ther Ment Health (SJR): 0,03	

Leufstadius C, Erlandsson L-, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. <i>Occup Ther Inter</i> . 2006;13(3):123-41	<i>Occup Ther Inter</i> (SJR): 0,039
Wilson L, Wilcock A. Occupational balance: What tips the scales for new students? <i>Br J Occup Ther</i> . 2005;68(7):319-23	<i>Br J Occup Ther</i> (SJR): 0,034
Crist P, Coffin PS, Davis CG. The effects of employment and mental health status on the balance of work, play/leisure, self-care, and rest. <i>Occupational Therapy in Mental Health</i> . 2000;15(1):27-42	<i>Occup Ther Ment Health</i> (SJR): 0,03
Eklund M, Erlandsson L, Leufstadius C. Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring occupational balance. <i>J Occup Sci</i> . 2010;17(4):231-8	<i>J Occup Sci</i> (SJR): 0,037
Morgan WJ. What, exactly, is occupational satisfaction? <i>J Occup Sci</i> . 2010;17(4):216-23	<i>J Occup Sci</i> (SJR): 0,037
Håkansson C, Ahlborgjr G. Perceptions of employment, domestic work, and leisure as predictors of health among women and men. <i>J Occup Sci</i> . 2010;17(3):150-7	<i>J Occup Sci</i> (SJR): 0,037
Jonsson H, Persson D. Towards an experiential model of occupational balance: An alternative perspective on flow theory analysis. <i>J Occup Sci</i> . 2006;13(1):62-73	<i>J Occup Sci</i> (SJR): 0,037

Base de datos: Medline

Fecha de búsqueda: 2 de febrero de 2012

Tabla XV. Búsqueda bibliográfica en Medline (acceso por PubMed)

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos
(("Mental Health" [Mesh]) OR "Mental Disorders" [Mesh]) AND (("Evaluation Studies as Topic" [Mesh]) OR "Program Evaluation" [Mesh]) OR ("Weights and Measures" [Mesh]) OR ("Disability evaluation" [Mesh]) OR "Psychiatric status rating scales" [Mesh])) AND "Occupation" [Mesh])	0	-
(("Mental Health" [Mesh]) OR "Mental Disorders" [Mesh]) AND (("Evaluation Studies as Topic" [Mesh]) OR "Program Evaluation" [Mesh]) OR ("Weights and Measures" [Mesh]) OR ("Disability evaluation" [Mesh]) OR "Psychiatric status rating scales" [Mesh])) AND "Occupational Balance")	1	0 (1 repetido)
(("Mental Health" [Mesh]) OR "Mental Disorders" [Mesh]) AND ("Occupational Balance")	1	0 (1 repetido)
"Occupational Balance")	7	0 (2 repetidos)
Límites activados: Publicación: 2000 a 2011; Idioma: Inglés, francés, español; Especie: Humanos; Edad: Adolescentes (13-18), Adultos (19-44) y de Mediana Edad (45-64)		
"Occupational Balance")	15	2 (4 repetidos)
Límites activados: -		
Resultados		
Håkansson C, Björkelund C, Eklund M. Associations between women's subjective perceptions of daily occupations and life satisfaction, and the role of perceived control. Aust Occup Ther J. 2011 Dec;58(6):397-404		Aust Occup Ther J (SJR): 0,04
Bazyk S, Bazyk J. Meaning of occupation-based groups for low-income urban youths attending after-school care. Am J Occup Ther. 2009 Jan- Feb;63(1):69-80		Am J Occup Ther (SJR): 0,05 (JCR): 1,672

Base de datos: CSIC

Fecha de consulta: 5 de febrero de 2012

Tabla XVI. Búsqueda bibliográfica CSIC (apartado IME-Biomedicina e ISOC-Ciencias Sociales)

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos	Resultados disponibles
"equilibrio ocupacional"	1	0	-
"salud mental" AND "ocupación"	0	-	-
Límites activados: -			

Base de datos: OTSeeker

Fecha de consulta: 5 de febrero de 2012

Tabla XVII. Búsqueda bibliográfica OTSeeker

Estrategia de búsqueda	Resultados totales	Resultados válidos	Resultados disponibles
"balance"	394	-	-
"occupational balance"	1	0	-
Límites activados: -			

Anexo II
Formulario de consentimiento informado para el profesional
(gallego)

FOLLA DE INFORMACIÓN AO/Á PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desenvolvemento dunha aplicación de valoración do equilibrio ocupacional en saúde mental

INVESTIGADOR: Luis Javier Márquez Álvarez – Universidade da Coruña

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar. Este estudo se está a realizar nas áreas sanitarias da Coruña e Ferrol, en concreto no Hospital de Día do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC) e no Hospital de Día de Ferrol, sendo aprobado polo Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza.

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

A participación neste estudo é completamente **voluntaria**. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á relación co seu médico nin á asistencia sanitaria á que Vd. ten dereito.

Cal é o propósito do estudo?

O uso e distribución do tempo implica aquel campo das Ciencias Sociais que se centra no que facemos con el e por qué. Debido á provisión de estes datos acerca das poboacións, é posible comparar á xente en

función da súa cultura, idade, estilo de vida, xénero, y con isto, avaliar os cambios sociais.

En relación ao ámbito sanitario, analizar cómo as persoas organizan o seu tempo en canto ás actividades, lugares e interaccións, permítenos comprender o impacto da discapacidade sobre a participación na súa vida diaria. A comparación de patróns do uso do tempo en persoas con enfermidade mental co resto da poboación, pode suxerir ónde se limita ou restrinxe a súa participación, delimitando as consecuencias da súa enfermidade, chegando a ser incluso un indicador de calidade de vida.

O obxectivo principal do estudo será rexistrar e valorar de forma obxectiva as proporcións entre as áreas ocupacionais no ámbito da saúde mental mediante unha ferramenta informática.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección das persoas invitadas a participar depende duns criterios que están descritos no protocolo da investigación. Estes criterios serven para seleccionar á poboación na que se responderá o interrogante da investigación. Vd. é convidado a participar porque cumpre eses criterios

En que consiste a miña participación?

A súa participación consiste na colaboración a través dunha sinxela entrevista aberta onde poida expresar libremente a súa opinión acerca das preguntas efectuadas. Se o precisa nalgún momento, pode negarse a responder a calquera de estas preguntas, así como opinar con liberdade e sen censura. O entrevistador anotará posteriormente as súas respostas para ser analizadas en común coas do resto de entrevistados e obter conclusións que permitan concluír o estudo.

Para participar o único que necesita é responder a estas preguntas. A súa participación terá unha duración total estimada de entre media e unha hora.

O investigador pode decidir finalizar o estudo antes do previsto ou interpor a súa participación por aparición de nova información relevante, por motivos de seguridade, ou polo incumprimento dos procedementos de estudo.

Que riscos ou inconvenientes ten?

Non existe ningún tipo de risco asociado a esta investigación.

Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que Vd. obteña beneficio directo por participar no estudo, pero permitirá desenvolver novas estratexias de intervención de cara á mellora da saúde mental dos usuarios das que poderá beneficiarse nun futuro próximo trala conclusión do estudo.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se Vd. o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

Tamén poderá recibir os resultados das probas que se lle practiquen se así o solicita. Estes resultados poden non ter aplicación clínica nin unha interpretación clara.

Publicaranse os resultados deste estudo?

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

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

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

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

Existen intereses económicos neste estudo?

O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vd. non será retribuído por participar.

É posíbel que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais ou patentes. Neste caso, Vd. non participará dos beneficios económicos orixinados.

Quen me pode dar máis información?

Pode contactar con Luis Javier Márquez Álvarez no teléfono 000 000 000 ou no correo electrónico 000000000@udc.es para máis información.

Moitas grazas pola súa colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN
ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desenvolvemento dunha aplicación de valoración do equilibrio ocupacional en saúde mental

Eu, _____

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Luis Javier Márquez Álvarez e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta no meu ámbito profesional.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e utilización futura dos datos detallada na folla de información ao participante,

- NON accedo que os meus datos sexan conservados unha vez terminado o presente estudo
- Accedo que os meus datos se conserven unha vez terminado o estudo, sempre e cando sexa imposible, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún medio
- SI accedo que os datos se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

En canto aos resultados das probas realizadas,

- DESEXO coñecer os resultados das miñas probas
- NON DESEXO coñecer os resultados das miñas probas

O/a participante, [sinatura]

O investigador, [sinatura]

Asdo.: _____

Asdo.: Luis Javier Márquez Álvarez

Data:

Data:

Anexo III
Formulario de consentimiento informado para el profesional
(castellano)

HOJA DE INFORMACIÓN A EL/LA PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desarrollo de una aplicación de valoración del equilibrio ocupacional en salud mental

INVESTIGADOR: Luis Javier Márquez Álvarez – Universidad de A Coruña

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol, en concreto en el Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) y en el Hospital de Día de Ferrol, siendo aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

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

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, se acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El uso y distribución del tiempo implica aquella área de las Ciencias Sociales que se centra en lo que hacemos con él y por qué. Debido a la provisión de estos datos acerca de las poblaciones, es posible comparar a

la gente en función de su cultura, edad, estilo de vida, género, y con ello, evaluar los cambios sociales.

En relación al ámbito sanitario, analizar cómo las personas organizan su tiempo en cuanto a las actividades, lugares e interacciones, nos permite comprender el impacto de la discapacidad sobre la participación en su vida diaria. La comparación de patrones del uso del tiempo en personas con enfermedad mental con el resto de la población, puede sugerir dónde se limita o restringe su participación, delimitando las consecuencias de su enfermedad, llegando a ser incluso un indicador de calidad de vida.

El objetivo principal de este estudio es registrar y valorar de forma objetiva las proporciones entre las áreas ocupacionales en el ámbito de la salud mental mediante una herramienta informática.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Ud. está invitado a participar porque cumple estos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en la colaboración a través de una sencilla entrevista abierta donde pueda expresar libremente su opinión acerca de las preguntas efectuadas. Si lo precisa en algún momento, puede negarse a responder a cualquiera de estas preguntas, así como opinar con libertad y sin censura. El entrevistador anotará posteriormente sus respuestas para ser analizadas en común con las del resto de entrevistados y obtener conclusiones que permitan concluir el estudio.

Para participar lo único que necesita es responder a estas preguntas. Su participación tendrá una duración total estimada de entre media e una hora.

El investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

No existe ningún tipo de riesgo asociado a esta investigación.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio, pero permitirá desarrollar nuevas estrategias de intervención de cara a mejorar la salud mental de los usuarios, de las que se podrá beneficiar en un futuro próximo tras la conclusión del estudio.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

También podrá recibir los resultados de las pruebas que se le practiquen si así lo solicita. Estos resultados pueden no tener aplicación clínica ni una interpretación clara.

¿Se publicaran los resultados de este estudio?

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

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

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

Sólo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá ningún tipo de retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, Ud. no participará de los beneficios económicos originados.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con Luis Javier Márquez Álvarez en el teléfono 000 000 000 o en el correo electrónico 000000000@udc.es para más información.

Muchas gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desarrollo de una aplicación de valoración del equilibrio ocupacional en salud mental

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Luis Javier Márquez Álvarez y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi labor profesional.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,

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

En canto a los resultados de las pruebas realizadas,

- DESEO conocer los resultados de mis pruebas
- NO DESEO conocer los resultados de mis pruebas

El/la participante, [firma]

El investigador, [firma]

Fdo.: _____

Fdo.: Luis Javier Márquez Álvarez

Fecha:

Fecha:

Anexo IV
Estructura de la entrevista

0. Presentación: 5 minutos

A.- Datos profesionales: 5 minutos

1. Nombre y edad.
2. Lugar en el que desempeña su actividad profesional
3. Experiencia en el ámbito de la salud mental

B.- Salud mental y ocupación. Relación: 10-15 minutos

1. ¿Cómo definiría “salud mental”? ¿Y ocupación diaria?
2. ¿Qué relación podría establecer entre salud mental y la ocupación de una persona?

C.- Equilibrio ocupacional. Definición: 15-20 minutos

1. ¿Cómo definiría equilibrio ocupacional?
 - a. ¿Cree que aporta salud a la persona?
2. ¿Qué áreas considera que se incluyan dentro de este equilibrio ocupacional?
 - a. ¿Cómo las definiría y qué incluiría en cada una?
3. ¿Cómo distribuiría estas áreas a lo largo del día?
 - a. ¿En qué proporción?
 - b. ¿Diferenciaría entre un día de semana y un día de fin de semana en este sentido?
 - c. ¿Cómo afectaría a la proporción que nombró anteriormente?
4. ¿Cómo valoraría los espacios libres (no ocupados) en el día a día?
 - a. ¿Considera que aportan salud a la persona?
 - b. ¿Los estima relevantes en el ámbito de la salud mental?

D.- Equilibrio ocupacional. Aspectos en desarrollo: 10-15 minutos

1. ¿Priorizaría algún área de las nombradas por usted anteriormente en alguna población concreta con trastorno mental?
 - a. ¿En qué medida?
 - b. ¿En qué población?
 - c. En ocasiones, a la hora de la intervención, priman determinadas áreas con respecto a otras según la tipología y características de la persona. ¿Cree que clasificar a los usuarios en función de esta prioridad mejoraría la intervención?
2. ¿Cómo consideraría de efectiva la valoración cuantitativa de la proporción de las áreas nombradas anteriormente como parte de ese equilibrio ocupacional?
 - a. ¿Cree que se podría transformar en una herramienta que ayudara a una valoración evolutiva de la enfermedad mental?
3. ¿Cree que sería importante establecer comparaciones entre los objetivos planteados y los conseguidos desde esta valoración?
4. ¿Cómo cree que deberían medirse este tipo de herramientas para que la información aportada tanto al paciente como al profesional fuera la más amplia y objetiva posible? (Escala, Índice, etc.)

Anexo V

Plantilla para el análisis de las transcripciones

Cód.	A1	A2	A3	B1	B2
01					
02					

Cód.	C1		C2		C3				C4		
	C1	C1a	C2	C2a	C3	C3a	C3b	C3c	C4	C4a	C4b
01											
02											

Cód.	D1				D2		D3	D4
	D1	D1a	D1b	D1c	D2	D2a		
01								
02								

Anexo VI

Formulario de consentimiento informado para el paciente (gallego)

FOLLA DE INFORMACIÓN AO/Á PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desenvolvemento dunha aplicación de valoración do equilibrio ocupacional en saúde mental

INVESTIGADOR: Luis Javier Márquez Álvarez – Universidade da Coruña

Este documento ten por obxecto ofrecerlle información sobre un **estudo de investigación** no que se lle invita a participar. Este estudo se está a realizar nas áreas sanitarias da Coruña e Ferrol, en concreto no Hospital de Día do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC) e no Hospital de Día de Ferrol, sendo aprobado polo Comité Ético de Investigación Clínica de Galiza.

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

A participación neste estudio é completamente **voluntaria**. Vd. pode decidir non participar ou, se acepta facelo, cambiar de parecer retirando o consentimento en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á relación co seu médico nin á asistencia sanitaria á que Vd. ten dereito.

Cal é o propósito do estudo?

O uso e distribución do tempo implica aquel campo das Ciencias Sociais que se centra no que facemos con el e por qué. Debido á provisión de estes datos acerca das poboacións, é posible comparar á xente en

función da súa cultura, idade, estilo de vida, xénero, y con isto, avaliar os cambios sociais.

En relación ao ámbito sanitario, analizar cómo as persoas organizan o seu tempo en canto ás actividades, lugares e interaccións, permítenos comprender o impacto da discapacidade sobre a participación na súa vida diaria. A comparación de patróns do uso do tempo en persoas con enfermidade mental co resto da poboación, pode suxerir ónde se limita ou restrinxe a súa participación, delimitando as consecuencias da súa enfermidade, chegando a ser incluso un indicador de calidade de vida.

O obxectivo principal do estudo será rexistrar e valorar de forma obxectiva as proporcións entre as áreas ocupacionais no ámbito da saúde mental mediante unha ferramenta informática.

Por que me ofrecen participar a min?

A selección das persoas invitadas a participar depende duns criterios que están descritos no protocolo da investigación. Estes criterios serven para seleccionar á poboación na que se responderá o interrogante da investigación. Vd. é convidado a participar porque cumpre eses criterios

En que consiste a miña participación?

A súa participación consiste na colaboración a través da proba da ferramenta informática desenvolvida neste estudo así como cubrir dúas enquisas de satisfacción de 8 sinxelas preguntas, tanto antes como despois das probas.

A aplicación está disposta para valorar o equilibrio ocupacional persoal conxuntamente coa intervención do terapeuta ocupacional, mentres que o obxectivo da enquisa xurde como medición da súa satisfacción persoal ante esta nova ferramenta.

O investigador pode decidir finalizar o estudio antes do previsto ou interpor a súa participación por aparición de nova información relevante,

por motivos de seguridade, ou polo incumprimento dos procedementos de estudo.

Que riscos ou inconvenientes ten?

Non existe ningún tipo de risco asociado a esta investigación.

Obterei algún beneficio por participar?

Non se espera que Vd. obteña beneficio directo por participar no estudo, pero permitirá desenvolver novas estratexias de intervención de cara á mellora da saúde mental dos usuarios das que poderá beneficiarse nun futuro próximo trala conclusión do estudo.

Recibirei a información que se obteña do estudo?

Se Vd. o desexa, facilitaráselle un resumo dos resultados do estudo.

Tamén poderá recibir os resultados das probas que se lle practiquen se así o solicita. Estes resultados poden non ter aplicación clínica nin unha interpretación clara.

Publicaranse os resultados deste estudo?

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

Como se protexerá a confidencialidade dos meus datos?

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

Só o equipo investigador e as autoridades sanitarias, que teñen deber de gardar a confidencialidade, terán acceso a todos os datos recollidos polo estudo. Poderase transmitir a terceiros información que non poida ser

identificada. No caso de que algunha información sexa transmitida a outros países, realizarase cun nivel de protección dos datos equivalente, como mínimo, ao esixido pola normativa do noso país.

Existen intereses económicos neste estudo?

O investigador non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo. Vd. non será retribuído por participar.

É posíbel que dos resultados do estudo se deriven produtos comerciais ou patentes. Neste caso, Vd. non participará dos beneficios económicos orixinados.

Quen me pode dar máis información?

Pode contactar con Luis Javier Márquez Álvarez no teléfono 000 000 000 ou no correo electrónico 000000000@udc.es para máis información.

Moitas grazas pola súa colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN
ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desenvolvemento dunha aplicación de valoración do equilibrio ocupacional en saúde mental

Eu, _____

- Lin a folla de información ao participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar con Luis Javier Márquez Álvarez e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións e considero que recibín suficiente información sobre o estudo.
- Comprendo que a miña participación é voluntaria, e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta no meu ámbito profesional.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto á conservación e utilización futura dos datos detallada na folla de información ao participante,

- NON accedo que os meus datos sexan conservados unha vez terminado o presente estudo
- Accedo que os meus datos se conserven unha vez terminado o estudo, sempre e cando sexa imposible, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún medio
- SI accedo que os datos se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

En canto aos resultados das probas realizadas,

- DESEXO coñecer os resultados das miñas probas
- NON DESEXO coñecer os resultados das miñas probas

O/a participante, [sinatura]

O investigador, [sinatura]

Asdo.: _____

Asdo.: Luis Javier Márquez Álvarez

Data:

Data:

Anexo VII
Formulario de consentimiento informado para el profesional
(castellano)

HOJA DE INFORMACIÓN A EL/LA PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desarrollo de una aplicación de valoración del equilibrio ocupacional en salud mental

INVESTIGADOR: Luis Javier Márquez Álvarez – Universidad de A Coruña

Este documento tiene por objetivo ofrecerle información sobre un **estudio de investigación** en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en las áreas sanitarias de A Coruña y Ferrol, en concreto en el Hospital de Día del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) y en el Hospital de Día de Ferrol, siendo aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

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

La participación en este estudio es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no participar o, se acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El uso y distribución del tiempo implica aquella área de las Ciencias Sociales que se centra en lo que hacemos con él y por qué. Debido a la provisión de estos datos acerca de las poblaciones, es posible comparar a

la gente en función de su cultura, edad, estilo de vida, género, y con ello, evaluar los cambios sociales.

En relación al ámbito sanitario, analizar cómo las personas organizan su tiempo en cuanto a las actividades, lugares e interacciones, nos permite comprender el impacto de la discapacidad sobre la participación en su vida diaria. La comparación de patrones del uso del tiempo en personas con enfermedad mental con el resto de la población, puede sugerir dónde se limita o restringe su participación, delimitando las consecuencias de su enfermedad, llegando a ser incluso un indicador de calidad de vida.

El objetivo principal de este estudio es registrar y valorar de forma objetiva las proporciones entre las áreas ocupacionales en el ámbito de la salud mental mediante una herramienta informática.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población en la que se responderá el interrogante de la investigación. Ud. está invitado a participar porque cumple estos criterios.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en la colaboración a través de probar la herramienta informática desarrollada en este estudio, así como cubrir dos encuestas de satisfacción de 8 sencillas preguntas, tanto antes como después de las pruebas.

La aplicación está dispuesta para valorar el equilibrio ocupacional personal conjuntamente con la intervención del terapeuta ocupacional, mientras que el objetivo de la encuesta surge como medición de su satisfacción personal ante esta nueva herramienta.

El investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

No existe ningún tipo de riesgo asociado a esta investigación.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio, pero permitirá desarrollar nuevas estrategias de intervención de cara a mejorar la salud mental de los usuarios, de las que se podrá beneficiar en un futuro próximo tras la conclusión del estudio.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

También podrá recibir los resultados de las pruebas que se le practiquen si así lo solicita. Estos resultados pueden no tener aplicación clínica ni una interpretación clara.

¿Se publicaran los resultados de este estudio?

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

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

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

Sólo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá ningún tipo de retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por participar.

Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, Ud. no participará de los beneficios económicos originados.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con Luis Javier Márquez Álvarez en el teléfono 000 000 000 o en el correo electrónico 000000000@udc.es para más información.

Muchas gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: Desarrollo de una aplicación de valoración del equilibrio ocupacional en salud mental

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Luis Javier Márquez Álvarez y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y considero que recibí suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi labor profesional.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,

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

En canto a los resultados de las pruebas realizadas,

- DESEO conocer los resultados de mis pruebas
- NO DESEO conocer los resultados de mis pruebas

El/la participante, [firma]

El investigador, [firma]

Fdo.: _____

Fdo.: Luis Javier Márquez Álvarez

Fecha:

Fecha:

Anexo VIII
Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8 (CSQ-8)

Cuestionario de satisfacción del cliente adaptado:

Fecha: _____

1. ¿Cómo evalúa la calidad de la actividad que ha recibido?

<i>Excelente</i>	4
<i>Buena</i>	3
<i>Regular</i>	2
<i>Mala</i>	1

2. ¿Recibió el tipo de actividad que querría realizar para analizar su equilibrio semanal?

<i>Definitivamente no</i>	1
<i>No, no mucho</i>	2
<i>Sí, generalmente</i>	3
<i>Definitivamente sí</i>	4

3. ¿Hasta qué punto este tipo de actividad ha cubierto sus necesidades?

<i>Casi todas</i>	4
<i>La mayoría</i>	3
<i>Solamente unas pocas</i>	2
<i>Ninguna</i>	1

4. Si un amigo necesitara una ayuda parecida, ¿le recomendaría esta actividad?

<i>Definitivamente no</i>	1
<i>Probablemente no</i>	2
<i>Probablemente sí</i>	3
<i>Definitivamente sí</i>	4

5. ¿Está satisfecho con la ayuda que ha recibido?

<i>Estoy muy insatisfecho</i>	1
<i>Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho</i>	2
<i>Estoy levemente satisfecho</i>	3
<i>Estoy muy satisfecho</i>	4

6. ¿La actividad que ha realizado le ha ayudado a manejar mejor su problema?

<i>Sí me han ayudado mucho</i>	4
<i>Sí, me han ayudado más o menos</i>	3
<i>No, realmente no me han ayudado</i>	2
<i>No, han empeorado mi problema</i>	1

7. En general, ¿está satisfecho con la actividad que ha cubierto?

<i>Estoy muy satisfecho</i>	4
<i>Estoy levemente satisfecho</i>	3
<i>Me es indiferente o estoy levemente insatisfecho</i>	2
<i>Estoy muy insatisfecho</i>	1

8. Si necesitara ayuda otra vez, ¿volvería a realizar esta actividad?

<i>Definitivamente no</i>	1
<i>Probablemente no</i>	2
<i>Probablemente sí</i>	3
<i>Definitivamente sí</i>	4

Defina brevemente qué le ha gustado más de la actividad, qué le ha gustado menos y qué modificaría:

Anexo IX
Índice EqO. Ejemplo de muestra impresa

Índice EqO



Evaluador: Luis Márquez

Nombre del usuario: UDC

Edad: 30

Fecha: 29-may-2012

Descripción del ítem

El equilibrio ocupacional se define como la correcta distribución entre las áreas ocupacionales de la persona, de manera que le aporten salud y favorezcan su bienestar.

El objetivo de esta hoja no es otro sino aportar información cuantitativa sobre este equilibrio ocupacional, tanto para planificar las distintas intervenciones como para la observación de la evolución del paciente.

La información introducida se recogerá así mediante una valoración diseñada para su comprensión por parte de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso.

Para realizar correctamente esta valoración, el usuario y el terapeuta, conjuntamente, deben cubrir de forma fiable toda la información relevante en las hojas de "Usuario Semana" y "Usuario", que representan los horarios de la totalidad de la semana.

Baremo de valoración

La hoja de cálculo sobre la que se basa este documento está diseñada para calcular de forma automática cualquier operación concluyente sobre los datos introducidos.

Existen cuatro conceptos clave en la valoración que el usuario y el terapeuta deben conocer para proporcionar mayor coherencia y lógica al instrumento:

La distribución porcentual: Las proporciones semanales de en qué áreas distribuimos el tiempo. Es posible observarlas por datos numéricos y mediante gráficos dispuestos.

La Proporción de Equilibrio: El cociente de la distribución de las áreas anteriores, clasificadas en relación de términos saludables del uso del tiempo.

El Índice de Equilibrio Ocupacional: Una escala en base 10 sobre el resultado final

La participación social: Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social. Estas habilidades y destrezas intervienen en el proceso de salud de la persona en sociedad.

Para la interpretación adecuada de estos números, se ha incluido de forma adicional en la hoja de cálculo una función que reflejará una "Valoración provisional" cuya relevancia depende de la visión crítica y constructiva del terapeuta que realice la evaluación. Además se ha constituido en base a un fácil código de colores (rojo, amarillo y verde) que aporta mayor simbolismo al resultado de cara a mostrarlo al usuario o terceras personas a la valoración.

En caso de tener alguna duda en relación al instrumento, diríjase a javier.marquez@udc.es

Índice EqO



Instrucciones

- 1.- Comience por la hoja de *Usuario Semana* y rellene los espacios con las actividades que ha realizado la última semana.
*Si la actividad implica un componente de participación social, es necesario incluir (*social*) tras nombrarla, para realizar un cálculo adicional en cuanto a esta área.
- 2.- Si necesita aumentar el tamaño del texto, se recomienda hacer zoom. Aumentar el tamaño de la fuente puede crear problemas a la hora de cubrir la hoja.
- 3.- Cuando realiza varias actividades a lo largo de una hora, puede ser difícil escoger solamente una. Para estos casos trate de razonar qué tipo de actividad le ocupa más tiempo o si realiza un área en concreto.
- 4.- Cuando termine, seleccione las actividades y vaya presionando el botón correspondiente al área en la que se clasifica. Esto coloreará la celda en la que está escrita para realizar el cálculo.
- 5.- Si en cualquier momento se equivoca, presione la tecla "Vaciar uno". Sólo presione "Vaciar" todo cuando desee borrar por completo la hoja.
- 6.- Cuando termine, pase a la hoja *Usuario*, que representa el fin de semana, y realice los pasos anteriores.
- 7.- Presione el botón "Calcular".
- 8.- La hoja de *Gráficos* le muestra la evolución del tiempo dedicado a cada área en función del día de la semana, para ofrecer una información visual más clara.
- 9.- En la hoja *Terapeuta*, podrá ver el resumen de los resultados en función de las áreas y una valoración provisional, interpretando los resultados automáticamente según un sencillo código de colores: rojo para grandes problemas, amarillo para pequeños problemas y verde cuando se encuentra en un margen aceptable.
- 10.- Presionando el botón "Registrar", automáticamente guardará los resultados obtenidos en la hoja *Registro*.
- 11.- En el botón de menú de Excel, seleccione "Guardar como..." y escoja el nombre con el que guardar el archivo, para mantener un registro del mismo usuario.

Glosario de términos

Descanso: Actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.

AVD: Actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar.

AIVD: Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en AVD.

Ocio: Actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias.

Productividad: Incluye las actividades tanto de trabajo como de educación, es decir, actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o voluntario, o para el aprendizaje y participación en el ambiente. Es un término del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, aunque se emplea de manera adaptada al proyecto.

Área A: Conjunto de actividades de descanso y autocuidado. Se emplea con el área B para realizar los cálculos finales.

Área B: Conjunto de actividades de cuidado del hogar o de participación en la comunidad, ocio y productividad.

Nombre del usuario: UDC

Fecha: 29/05/2012

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
0:00 - 1:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
1:00 - 2:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
2:00 - 3:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
3:00 - 4:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
4:00 - 5:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
5:00 - 6:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
6:00 - 7:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir
7:00 - 8:00	Asearse/vestir	Asearse/vestir	Asearse/vestir	Asearse/vestir	Asearse/vestir
8:00 - 9:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
9:00 - 10:00	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Buscar trabajo/cursos	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)
10:00 - 11:00	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)
11:00 - 12:00	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)
12:00 - 13:00	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)
13:00 - 14:00	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)	Hospital de Día (social)
14:00 - 15:00	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer
15:00 - 16:00	TV	TV	Buscar trabajo/cursos	Buscar trabajo/cursos	
16:00 - 17:00	Paseo	Ordenador/música	Ordenador	Ordenador	
17:00 - 18:00	Paseo	Paseo (social)	Paseo (social)	Paseo	
18:00 - 19:00	TV	TV	TV	TV	
19:00 - 20:00	TV	TV/Cena	TV/Comida	Paseo	
20:00 - 21:00	Cena	Cena/Aseo	Aseo	Aseo/Cena	
21:00 - 22:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	
22:00 - 23:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	
23:00 - 0:00	Dormir	Dormir	Dormir	Dormir	
Glosario:	Descanso	AVD	AIVD	Ocio	Productividad

Nombre del usuario: UDC

Fecha: 29/05/2012

Hora	Viernes	Sábado	Domingo
0:00 - 1:00		Dormir	Dormir
1:00 - 2:00		Dormir	Dormir
2:00 - 3:00		Dormir	Dormir
3:00 - 4:00		Dormir	Dormir
4:00 - 5:00		Dormir	Dormir
5:00 - 6:00		Dormir	Dormir
6:00 - 7:00		Dormir	Dormir
7:00 - 8:00		Aseo/vestirse	Aseo/vestirse
8:00 - 9:00		Desayuno	Desayuno
9:00 - 10:00		Ordenador	Ordenador
10:00 - 11:00		Paseo	Paseo
11:00 - 12:00		Paseo	Paseo
12:00 - 13:00		Paseo	Comer
13:00 - 14:00		Comer	Ayudar en casa
14:00 - 15:00		TV	Comer
15:00 - 16:00	Ordenador	Ordenador	TV
16:00 - 17:00	Ordenador	Paseo	Paseo
17:00 - 18:00	Paseo	Ordenador	Descanso
18:00 - 19:00	Paseo	Merienda-cena	Ordenador
19:00 - 20:00	Descanso	Descanso	Cena
20:00 - 21:00	Cena	Aseo	Dormir
21:00 - 22:00	Dormir	Dormir	Dormir
22:00 - 23:00	Dormir	Dormir	Dormir
23:00 - 0:00	Dormir	Dormir	Dormir

Glosario:

Descanso

AVD

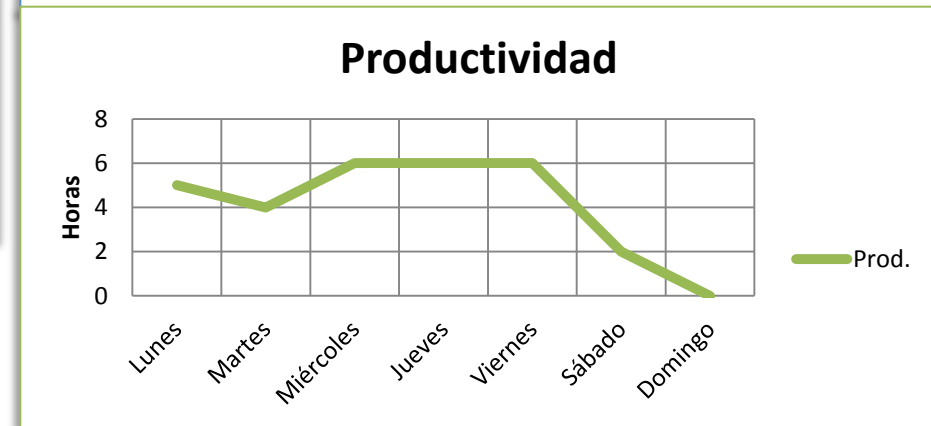
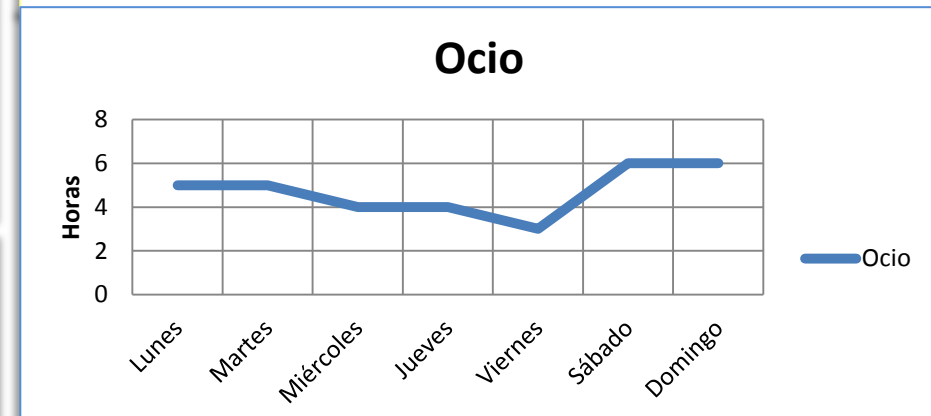
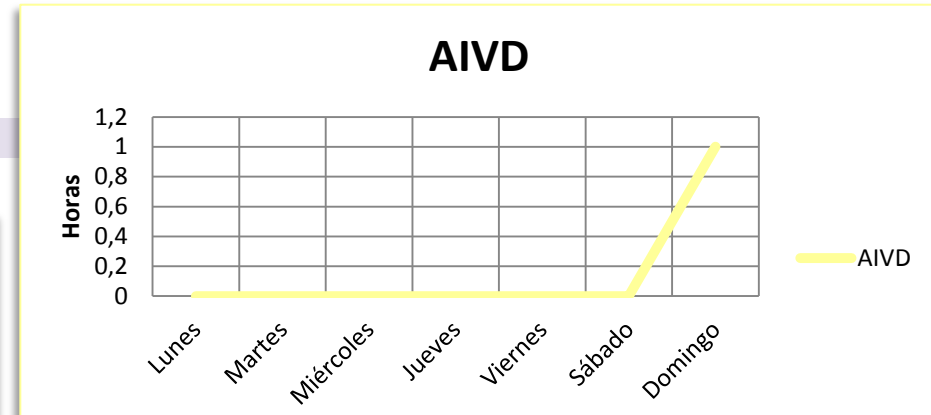
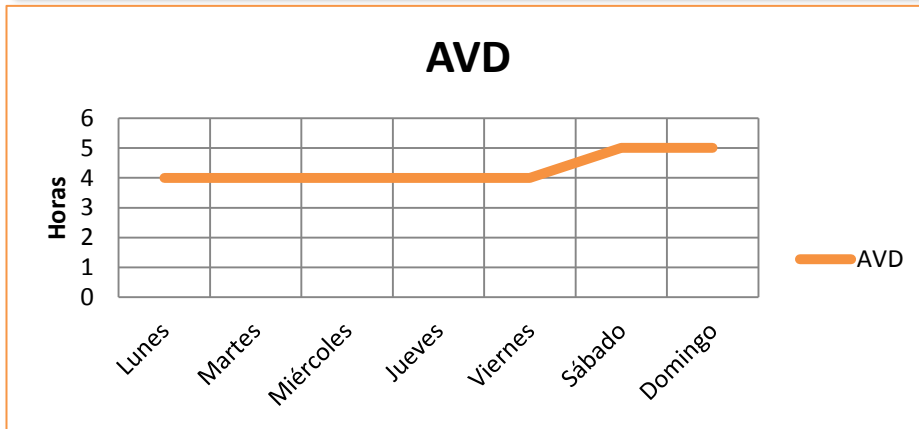
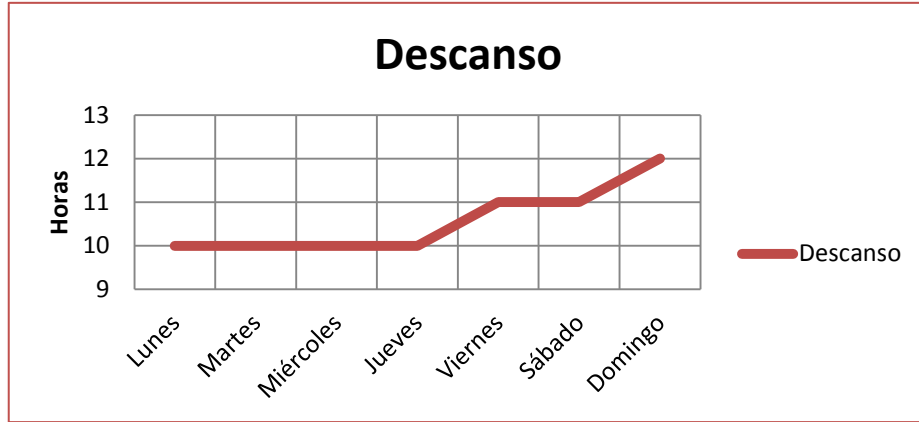
AIVD

Ocio

Productividad

Nombre del usuario: UDC
Fecha: 29/05/2012

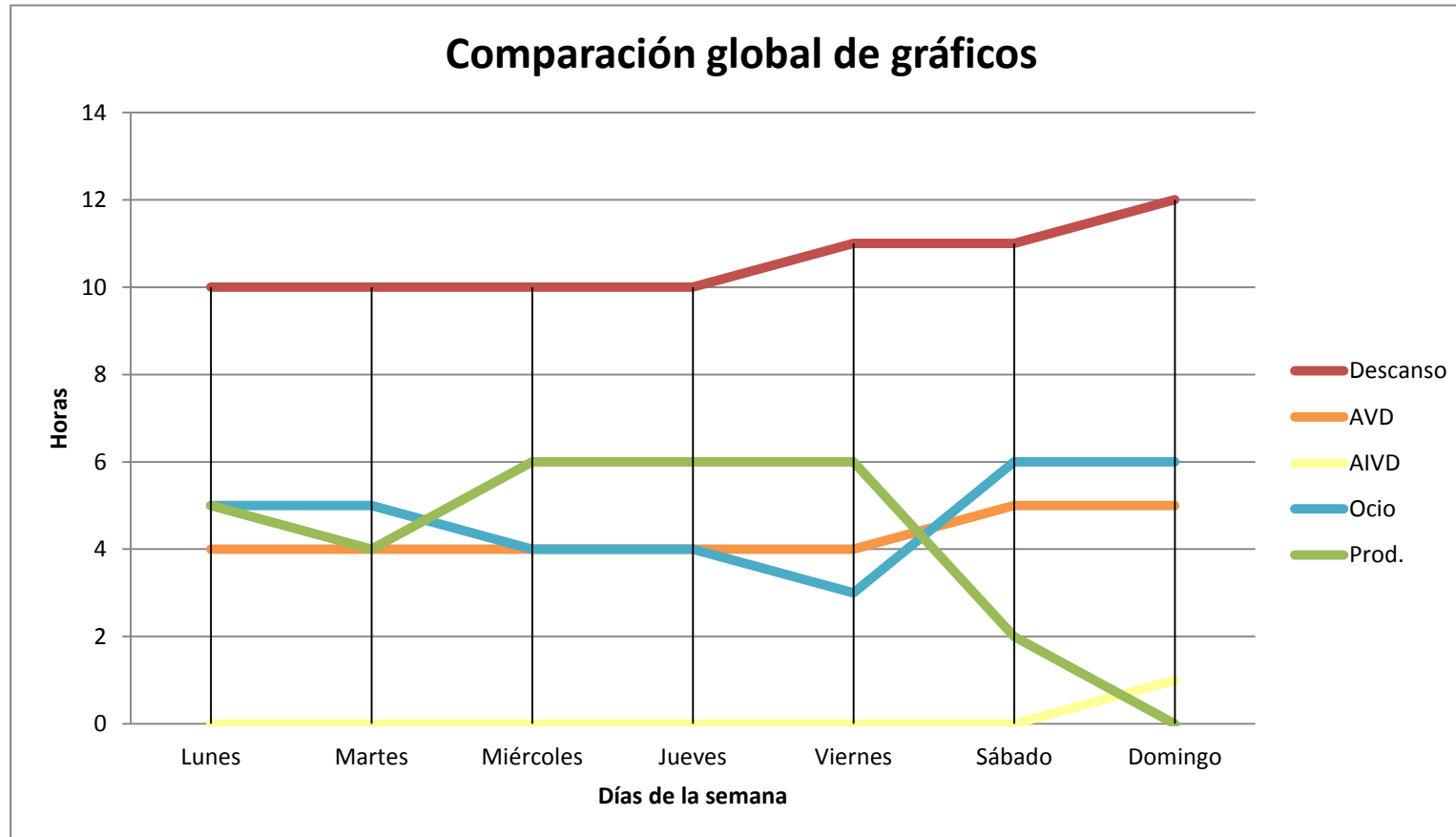
Gráficos de la valoración semanal



Nombre del usuario: UDC

Fecha: 29/05/2012

Gráfico de la valoración global semanal



Distribución porcentual

	Día de semana		Día de fin de semana		Balance total	
	Horas	%	Horas	%		
Descanso	47	42,73%	27	47,37%	44,31%	Área A
AVD	19	17,27%	11	19,30%	17,96%	
AIVD	0	0,00%	1	1,75%	0,60%	Área B
Ocio	18	16,36%	15	26,32%	19,76%	
Productividad	26	23,64%	3	5,26%	17,37%	

Coeficiente final

Participación social	15,57%
Proporción de equilibrio	1,65
Índice de equilibrio ocupacional	6,06

Valoración provisional

- **Tiempo de descanso excesivo**
- **Tiempo invertido en autocuidado óptimo**
- **Tiempo invertido en actividades instrumentales insuficiente**
- **Mucha distribución en actividades de ocio**
- **Tiempo en actividades productivas óptimo**
- **Poca participación social**
- **Problemas leves en el equilibrio ocupacional**
- **Desviación hacia áreas de autocuidado y descanso**

Observaciones:

