

# INTERVENCIÓN INTERCULTURAL MEDIANTE ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS PERSONALES Y COLECTIVAS



**TESIS DOCTORAL**  
**Leire Eiguren Munitis**

**DIRECTORES:**  
**Jerónimo Javier González Bernal**  
**Josefa González Santos**



**UNIVERSIDAD  
DE BURGOS**

**DOCTORADO EN EDUCACIÓN**





UNIVERSIDAD DE BURGOS

**INTERVENCIÓN INTERCULTURAL MEDIANTE  
ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS PERSONALES  
Y COLECTIVAS.**

---

**TESIS DOCTORAL**

Dña. Leire Eiguren Munitis

**DIRECTORES**

Dr. D. Jerónimo Javier González Bernal

Dra. Dña. Josefa González Santos

**UNIVERSIDAD DE BURGOS**

Doctorado en Educación

2021



Nadie te advirtió  
que a aquellas mujeres cuyos pies  
cortas para evitar que corran  
darían a luz  
hijas con alas.

-----

Nobody warned you  
that the women whose feet  
you cut from running  
would give birth to  
daughters with wings.

**Ijeoma Umebinyuo**



# AGRADECIMIENTOS

*La raíz de todo bien reposa en la tierra de la gratitud.*

**Dalai Lama**

Me emociona mucho, que hoy, esta tesis florezca con unas raíces firmes y una flor llena de luz y color.

Florecer no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mi familia, que son la tierra que abraza las raíces. Gracias a mis padres Amaia y Koldo, por apoyarme en los momentos más felices, pero sobre todo por estar en los malos. A mi hermana Amaia por ser siempre un referente a seguir. A los que se fueron y me dejaron unas ramas fuertes que siempre están y estarán conmigo. A los que llegan y florecen a mi lado. A mi fiel compañero de batallas, que tal vez pocos entenderán, pero un ser con cuatro patas, una ropa llena de pelo y unos cuantos arañazos, han hecho posible que hoy tengamos esta flor entre nuestras manos, gracias Moko.

A Inda Zango, por enamorarme de mi profesión y ser esa luz del faro que nunca se apaga.

Gracias a todas las personas que me han y están acompañando en este viaje sin fecha de vuelta.

Shukran a Abderrahim, Youssef, Jawad, Yassin, Mohamed, Lamia y Hadda por permitirme ser y por enseñarme el valor del tiempo, del día a día y del aquí y ahora, pero sobre todo por dejarme florecer en el desierto.

Gracias también a Diego, Daniela, Juan Carlos, Diomira, Karen, Victor, Teresa, Mario, Giancarlo, Orfelinda y Villalonga por iluminarme con vuestra ilusión y no dejar que las nubes, tormentas y diluvios interrumpen en nuestras ilusiones y florecer con más fuerza que nunca.

A mis directores de tesis, Jerónimo y Josefa por apostar por mí desde el segundo uno y sobre todo por estar en los tiempos que el viento soplabo fuerte y evitar que me rompiese en mil pedazos.

Gracias a cada una de las personas que han sujetado mis raíces, han removido la tierra, han sido luz cuando solo había nubes y han sido agua cuando la sequía impedía florecer.

Muchas Gracias, Eskerrik Asko, Shukran Jazilan, Thank You, Merci Beaucoup, sin vuestro apoyo esta planta se hubiese marchitado hace tiempo.



Gracias a todos y todas que han hecho que esta flor tenga  
unas raíces irrompibles,

Gracias a todos y todas que han sido tierra,

Gracias a todos y todas que han sido las zarzas que  
dificultaban el crecimiento,

Gracias a todos y todas que han hecho que aún podándome  
en una forma "correcta" pudiese asomar mis ramas  
rebeldes,

Gracias a todos y todas por permitir que llueva, pero que  
no me inunde,

Gracias a todos y todas por brotar junto a mí y formar un  
sendero fuerte,

Gracias a todos y todas que han sido luz,

Gracias a todos y todas, por seguir regándome,

Gracias a todos y todas, hoy soy (somos) una flor llena de  
vida, con un color verde fluorescente que traspasa océanos  
y muros.

Gracias a vosotros y vosotras,

Esta flor, no es de hoja caduca y seguirá creciendo fuerte y  
llena de luz.

Simplemente, GRACIAS.



# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>23</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>25</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>29</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>33</b>
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>41</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>43</b>
<b>1.1. Aproximación a la Terapia Ocupacional y su evolución histórica</b> ....	<b>45</b>
<b>1.2. Teorías de la salud y su influencia en la Terapia Ocupacional</b> .....	<b>50</b>
1.2.1. <i>La salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad</i> .....	51
1.2.2. <i>Salud como capacidad de adaptación personal</i> .....	52
1.2.3. <i>Salud como resultado de la equidad y oportunidad social</i> .....	55
<b>1.3. Revisión de las asunciones teóricas de la ocupación</b> .....	<b>58</b>
1.3.1. <i>La ocupación y su influencia en la salud y bienestar de la población</i> .....	59
1.3.2. <i>El concepto de ocupación humana</i> .....	62
1.3.3. <i>La relación entre la ocupación y la cultura</i> .....	65
<b>1.4. Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural</b> .....	<b>67</b>
1.4.1. <i>La interculturalidad como respuesta al proceso de globalización</i> .....	67
1.4.2. <i>Desarrollo de una Terapia Ocupacional culturalmente sensible</i> .....	69
<b>1.5. Terapia Ocupacional transformadora y descolonizante</b> .....	<b>72</b>
1.5.1. <i>Reflexión sobre las asunciones teóricas básicas de la Terapia Ocupacional</i> 75	
1.5.2. <i>Aproximación hacia las teorías y praxis para el desarrollo de Terapia Ocupacional descolonizante y descolonizadora</i> .....	79

<b>SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>99</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>101</b>
<b>3. OBJETIVOS E HIPOTESIS .....</b>	<b>109</b>
3.1. <b>Objetivos.....</b>	<b>111</b>
3.2. <b>Hipótesis .....</b>	<b>114</b>
<b>4. CONTEXTOS DE ESTUDIO .....</b>	<b>117</b>
4.1. <b>Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos).....</b>	<b>123</b>
4.2. <b>Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú).....</b>	<b>126</b>
<b>5. INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO CULTURAL DE AZROU Y ALREDEDORES (MARRUECOS).....</b>	<b>131</b>
5.1. <b>Características generales .....</b>	<b>133</b>
5.2. <b>Selección de los participantes .....</b>	<b>135</b>
5.3. <b>Proceso de intervención .....</b>	<b>137</b>
5.3.1. <i>Descripción general.....</i>	<i>137</i>
5.3.2. <i>Descripción de la intervención.....</i>	<i>138</i>
<b>6. INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO CULTURAL DE PIURA (PERÚ) .....</b>	<b>143</b>
6.1. <b>Características generales .....</b>	<b>145</b>
6.2. <b>Selección de los participantes .....</b>	<b>147</b>
6.2.1. <i>Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental .....</i>	<i>147</i>
6.2.2. <i>Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios .....</i>	<i>150</i>
6.3. <b>Proceso de intervención .....</b>	<b>152</b>
6.3.1. <i>Descripción general.....</i>	<i>152</i>
6.3.2. <i>Descripción de la intervención.....</i>	<i>153</i>
<b>7. MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>157</b>
7.1. <b>Diseño del estudio .....</b>	<b>159</b>
7.2. <b>Recolección de los datos .....</b>	<b>168</b>
7.2.1. <i>Herramientas de evaluación.....</i>	<i>170</i>
7.2.2. <i>Observación participante .....</i>	<i>175</i>
7.2.3. <i>Entrevista semi-estructurada.....</i>	<i>177</i>
7.3. <b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>180</b>

<b>7.4. Diseño de investigación.....</b>	<b>182</b>
<b>8. RESULTADOS.....</b>	<b>193</b>
<b>8.1. Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos).....</b>	<b>195</b>
8.1.1. <i>Comprobar la efectividad de una intervención realizada desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria en la volición, calidad de vida y autoestigma de las personas con discapacidad de Azrou (Marruecos).</i> .....	196
8.1.2. <i>Determinar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional comunitaria en la disminución del estigma de la sociedad hacia la discapacidad.</i>	200
<b>8.2. Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú).....</b>	<b>202</b>
8.2.1. <i>Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental</i> .....	202
8.2.1.1. <i>Evaluar el efecto de una intervención basada en el desempeño ocupacional sobre el estado cognitivo, emocional, social y ocupacional de un grupo de mujeres con problemas de salud mental residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).</i> .....	203
8.2.2. <i>Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios</i> .....	207
8.2.2.1. <i>Analizar la relación entre la edad, la volición, la calidad de vida, autoestigma de las personas con alteraciones en el desempeño ocupacional.</i> .....	207
8.2.2.2. <i>Estudiar la efectividad de una intervención de Terapia Ocupacional basada en la justicia ocupacional sobre el autoestigma, la calidad de vida y la volición de las personas con problemas d salud mental en la ciudad de Piura (Perú).</i> .....	208
<b>9. DISCUSIÓN.....</b>	<b>213</b>
<b>9.1. Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos).....</b>	<b>217</b>
<b>9.2. Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú).....</b>	<b>220</b>
9.2.1. <i>Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental</i> .....	220
9.2.2. <i>Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios</i> .....	222
<b>10. LIMITACIONES .....</b>	<b>227</b>
<b>11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS.....</b>	<b>233</b>
<b>11.1. Futuras líneas de investigación .....</b>	<b>235</b>
<b>11.2. Implicaciones prácticas .....</b>	<b>238</b>

<b>12.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>243</b>
12.1.	Conclusiones de la intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos) .....	245
12.2.	Conclusiones de la intervención en el contexto cultural de Piura (Perú) 246	
<b>13.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>249</b>
<b>14.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>279</b>
	<b>ANEXO I: Efectividad de la intervención desde el enfoque de Terapia Ocupacional comunitaria y el trabajo en, con, y desde la comunidad con personas con discapacidad en Azrou (Marruecos).....</b>	<b>281</b>
	<b>ANEXO II: Intervención desde Terapia Ocupacional con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental en Piura (Perú). .....</b>	<b>295</b>
	<b>ANEXO III: Intervención basada en la justicia ocupacional y el desarrollo de actividades significativas en personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú). .....</b>	<b>307</b>
	<b>ANEXO IV: Cuestionario Volitivo y Cuestionario Volitivo Pediátrico. ....</b>	<b>319</b>
	<b>ANEXO V: Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. ....</b>	<b>325</b>
	<b>ANEXO VI: Cuestionario de Conciencia de los Estigmas (SCQ).....</b>	<b>333</b>
	<b>ANEXO VII: Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental (ISMI). ....</b>	<b>337</b>
	<b>ANEXO VIII: Cuestionario de Atribución AQ-27. ....</b>	<b>341</b>
	<b>ANEXO IX: Cuestionario Ad Hoc. ....</b>	<b>347</b>
	<b>ANEXO X: Consentimiento informado.....</b>	<b>353</b>





## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Principales conceptos de la Terapia Ocupacional desarrollados bajo la teoría de la salud como capacidad de adaptación personal.....	54
<b>Tabla 2.</b> Principales asunciones teóricas sobre la ocupación humana e implicaciones en la práctica de la Terapia Ocupacional.....	64
<b>Tabla 3.</b> Conceptos relacionados con la injusticia ocupacional.....	85
<b>Tabla 4.</b> Teorías que influyen en la Terapia Ocupacional Comunitaria. ....	96
<b>Tabla 5.</b> Proyectos y funciones realizados en los trabajos de campo. ....	122
<b>Tabla 6.</b> Sesión tipo. Intervención en el contexto cultural de Marruecos. ....	140
<b>Tabla 7.</b> Sesión tipo. Intervención en el contexto cultural de Perú.....	155
<b>Tabla 8.</b> Técnicas de investigación utilizadas para la recogida de datos.....	169
<b>Tabla 9.</b> Ejemplo de preguntas realizadas en las entrevistas semi estructuradas. ....	179
<b>Tabla 10.</b> Comparación pre-test y post-test de la volición.....	198
<b>Tabla 11.</b> Comparación pre-test y post-test calidad de vida y autoestigma. ....	198
<b>Tabla 12.</b> Comparación pre-test y post-test variables cuestionario Ad-Hoc.....	199
<b>Tabla 13.</b> Comparación de los datos pre y post test en el grupo de las personas de la comunidad o sin discapacidad. ....	201
<b>Tabla 14.</b> Comparación entre los resultados pre y post test. Estado cognitivo.	204
<b>Tabla 15.</b> Comparación entre los resultados pre y post test. Estado emocional. ....	204
<b>Tabla 16.</b> Comparación entre los resultados pre y post test. Estado Ocupacional. ....	205
<b>Tabla 17.</b> Comparación entre los resultados pre y post test. Comportamiento social.....	206

**Tabla 18.** Comparación entre el pre test y post test. ....209

**Tabla 19.** Correlación entre la volición, calidad de vida y autoestigma. ....210





## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Evolución histórica de los paradigmas de Terapia Ocupacional. ....	49
<b>Figura 2.</b> Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.....	56
<b>Figura 3.</b> Diferencias entre la visión individualista y colectiva.....	80
<b>Figura 4.</b> Elementos del Modelo Kawa. ....	83
<b>Figura 5.</b> Aproximación al concepto de justicia ocupacional. ....	86
<b>Figura 6.</b> Continuo de intervenciones de Terapia Ocupacional Comunitaria. ...	92
<b>Figura 7.</b> Relación entre los objetivos propuestos y los estudios presentados..	113
<b>Figura 8.</b> Ubicación de los trabajos de campo.....	121
<b>Figura 9.</b> Sesión tipo. Campo de trabajo Marruecos. ....	154
<b>Figura 10.</b> Relación entre la experiencia práctica y el conocimiento. ....	161
<b>Figura 11.</b> Fases de la Investigación Acción Participativa. ....	164
<b>Figura 12.</b> Aproximación al concepto de volición.....	171
<b>Figura 13.</b> Proceso planteamiento investigación / intervención mixta. ....	186
<b>Figura 14.</b> Etapas de la Teoría Fundamentada para el análisis de datos. ....	190
<b>Figura 15.</b> Diagnóstico principal de los participantes. ....	197



## ABREVIATURAS

- NSPOT** --- National Society for The Promotion Of Occupational Therapy
- AOTA** --- Asociación Americana de Terapia Ocupacional
- TO** --- Terapia Ocupacional
- WFOT** --- Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales
- OMS** --- Organización Mundial de la Salud
- CIF** --- Clasificación Internacional de Funcionalidad, discapacidad y Salud
- VUCA** --- Volatility, uncertainty, complexity, ambiguity
- UNESCO** --- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
- TTOO** --- Terapias Ocupacionales del Sur
- ApVD** --- Actividades Políticas de la Vida Diaria
- PCC** --- Práctica Centrada en el Cliente
- RBC** --- Rehabilitación Basada en la Comunidad
- MVI** --- Movimiento de Vida Independiente
- IAP** --- Investigación Acción Participativa
- ONGD** --- Organización No Gubernamental para el Desarrollo
- PIR** --- Plan Individualizado de Rehabilitación
- PIB** --- Producto Interior Bruto
- FSF** --- Asociación Felicidad Sin Fronteras
- CRSJD** --- Complejo Sanitario San Juan de Dios
- VQ** --- Cuestionario Volitivo
- VQ-PED** --- Cuestionario Volitivo Pediátrico
- RCA** --- Registro de Características Ambientales
- WHOQOL-BREF** --- Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF
- SCQ** --- Cuestionario de Conciencia de los Estigmas
- ISMI** --- Internalized Stigma of Mental Illness Scale. (Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental)
- AQ-27** --- Cuestionario de Atribución
- TF** --- Teoría Fundamentada



## RESUMEN

La presente tesis doctoral con título "*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas*" se basa en un estudio desarrollado en diferentes ámbitos culturales de Marruecos y Perú.

El pilar fundamental de esta investigación es la justicia ocupacional, entendida ésta como el acceso, selección y realización de actividades propositivas independientemente de la condición personal y/o social en colectivos y contextos donde históricamente y sistemáticamente se ha negado el acceso a una participación digna y significativa. A su vez, la perspectiva intercultural, permite realizar un análisis crítico sobre el conocimiento hegemónico y recuperar y poner en valor otros saberes de manera horizontal frente a la cultura dominante.

El objetivo general de esta tesis es analizar el impacto del desarrollo de actividades con propósito en la salud y bienestar desde una perspectiva intercultural en el desarrollo de programas comunitarios.

Para ello, se diseña un estudio desarrollado en Marruecos y Perú. En el país africano, por un lado se recopilan datos de las personas con discapacidad que participan en el programa de intervención (N=52), de las cuales 29 (55,8%) son de género masculino y 23 (44,2%) femenino, con una media de edad de 12,08 (DT 6,52) y, por otra parte, con el fin de evaluar la actitud estigmatizante de la sociedad hacia el colectivo, participan 42 personas de la comunidad, 50% hombres y 50% mujeres, con edades comprendidas entre 8 y 64 años, siendo la media de edad 31,31 años (DT 14,75). En el país andino se llevan a cabo dos intervenciones. La primera, es destinada única y exclusivamente para las mujeres con diagnóstico de enfermedad mental, donde la muestra final es de 18 personas, con una media de 56,17 años y una desviación estándar (DT) de 16,67. La segunda, desarrollada con los residentes del Complejo Sanitario San Juan de Dios

de Piura (N=48), centro que brinda atención a los problemas de salud mental, de las cuales 22 son mujeres (45,8%) y 26 hombres (54,2%), con una media de edad de 52,06 (DT 16,47).

Los resultados obtenidos muestran que realizar una intervención basada en actividades significativas personales y colectivas bajo una perspectiva intercultural, influye positivamente tanto en el desempeño ocupacional, volición, calidad de vida y autoestigma frente a situaciones de enfermedad o discapacidad. Así mismo, y como consecuencia de involucrar a toda la comunidad en el proceso terapéutico, disminuye el estigma hacia la discapacidad y como conclusión, favorece la inclusión de las personas en la sociedad.

En conclusión, este trabajo además de aportar evidencias sobre la intervención basada en la justicia ocupacional y en la realización de actividades significativas personales y colectivas, con el fin de aportar una atención holística y significativa ante la diversidad cultural del mundo globalizado, favorece el cuestionamiento de la universalización del conocimiento hegemónico y manifiesta la necesidad de introducir diferentes saberes en los postulados teóricos y prácticos de las profesiones.

**Palabras clave:** actividad significativa; interculturalidad; desempeño ocupacional; estigma; calidad de vida; volición; autoestigma; Terapia Ocupacional.





## ABSTRACT

The present doctoral thesis entitled "*Intercultural intervention through significant personal and collective activities*" is based on a study developed in different cultural areas of Morocco and Peru.

The fundamental pillar of this research is occupational justice, understood as the access, selection and performance of purposeful activities regardless of personal and / or social condition in groups and contexts where historically and systematically access to dignified participation and participation has been denied. significant. At the same time, the intercultural perspective allows a critical analysis of hegemonic knowledge to be carried out and to recover and value other knowledge horizontally against the dominant culture.

The general objective of this thesis is to analyze the impact of the development of activities with a purpose on health and well-being from an intercultural perspective in the development of community programs.

For this, a study developed in Morocco and Peru is designed. In the African country, on the one hand, data is collected on people with disabilities who participate in the intervention program (N=52), of which 29 (55,8%) are male and 23 (44,2%) females, with a mean age of 12.08 (SD 6,52) and, on the other hand, in order to assess the stigmatizing attitude of society towards the group, 42 people from the community participate, 50% men and 50% women, aged between 8 and 64 years, the mean age being 31,31 years (DT 14,75). Two interventions are carried out in the Andean country. The first is intended solely and exclusively for women diagnosed with mental illness, where the final sample is 18 people, with a mean of 56,17 years and a standard deviation (SD) of 16,67. The second, developed with the residents of the "Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura" (N=48), a center that provides care for mental health problems, of

which 22 are women (45,8%) and 26 men (54,2%), with a mean age of 52,06 (SD 16,47).

The results obtained show that carrying out an intervention based on significant personal and collective activities from an intercultural perspective, positively influences both occupational performance, volition, quality of life and self-stigma in situations of illness or disability. Likewise, and as a consequence of involving the entire community in the therapeutic process, the stigma towards disability decreases and, as a conclusion, favors the inclusion of people in society.

In conclusion, this work, in addition to providing evidence on the intervention based on occupational justice and the performance of significant personal and collective activities, in order to provide holistic and meaningful attention to the cultural diversity of the globalized world, favors the questioning of the universalization of hegemonic knowledge and manifests the need to introduce different knowledge in the theoretical and practical postulates of the professions.

**Keywords:** significant activity; interculturality; occupational performance; stigma; quality of life; volition; self-stigma; Occupational Therapy.





## PRESENTACIÓN

*Ojalá podamos tener el coraje de estar solos  
Y la valentía de arriesgarnos a estar juntos,  
Porque de nada sirve un diente fuera de la boca  
Ni un dedo fuera de la mano.*

*Ojalá podamos ser desobedientes  
cada vez que recibimos ordenes que humillan nuestra conciencia  
o violan nuestro sentido común.*

*Ojalá podamos merecer que nos llamen locos,  
como han sido llamadas locas las Madres de Plaza de Mayo,  
por cometer la locura de negarnos a olvidar  
en los tiempos de amnesia obligatoria.*

*Ojalá podamos ser tan porfiados para seguir creyendo, contra toda evidencia,  
que la condición humana vale la pena,  
porque hemos sido mal hechos, pero no estamos terminados.*

*Ojalá podamos ser capaces de seguir caminando los caminos del viento,  
a pesar de las caídas y las traiciones y las derrotas,  
porque la historia continua, mas allá de nosotros,  
y cuando ella dice adiós, esta diciendo: hasta luego.*

*Ojalá podamos mantener viva la certeza  
de que es posible se compatriota y contemporáneo  
de que todo aquel que viva animado por la voluntad de justicia  
y la voluntad de belleza,  
nazca donde nazca y viva cuando viva,  
porque no tienen fronteras los mapas  
del alma ni del tiempo.*

**Eduardo Galeano**

El uso terapéutico de la actividad es concebido desde el inicio de las civilizaciones. Ejemplo de ello, son diferentes manuscritos que recogen que en torno el año 2600 a.C., las sociedades orientales ya establecen el vínculo entre la inactividad y la enfermedad (1), o Asclepio, conocido como el dios de la medicina en la mitología griega, empieza a utilizar la música y/u obras literarias para

aliviar el delirium (1, 2), o Hipócrates, recomienda actividades como la lucha libre, la lectura y/o el trabajo como prevención y promoción de la salud (2), o Pinel, ya en 1789, prescribe la ocupación como tratamiento de las personas con problemas de salud mental (3).

Sin embargo, no es hasta el 15 de marzo de 1917, cuando en Clifton Springs (EE.UU.) el “The National Society for The Promotion Of Occupational Therapy” (NSPOT), que más tarde se convierte en la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), realiza el acta fundacional (4), considerándose así, el origen de la profesión de Terapia Ocupacional (TO). Dicho en otras palabras, la TO, surge en un área urbana, bajo la tradición biomédica, una economía capitalista y una religión predominantemente cristiana. Siendo inviable generalizar los aspectos desarrollados bajo esta cosmovisión occidental a países cuya perspectiva es diferente (5).

Es más, como norma general, es el usuario, persona y/o comunidad, el que se tiene que adaptar a la visión occidental, generando situaciones de desconfianza, donde es posible que tanto el profesional como el usuario tengan dificultades para comprender el significado real del proceso terapéutico (6). Lo cual, convierte a la Terapia Ocupacional en un agente colonizador e invasor, que influye negativamente en el bienestar de la persona, grupo y/o comunidad.

No obstante, la diversidad cultural y la aparición de nuevos contextos de actuación ocasionados como consecuencia del proceso de globalización, han fomentado el interés por estudiar el impacto de la cultura en el ámbito de la salud (7, 8, 9). Tan es así, que autores como Zango (10, 11) o Kronenberg (12), con el objetivo de transformar las injusticias y luchar por una sociedad más justa e inclusiva, manifiestan la necesidad de comprender e incluir la cultura en las teorías y praxis de la Terapia Ocupacional.

Así, y teniendo en cuenta que el pilar fundamental de la disciplina se basa en la búsqueda y desarrollo de actividades significativas, y con el objetivo de evitar aquellas impuestas por la visión de “American way of life” que caracteriza el mundo actual (13), es inevitable descubrir y comprobar el valor real de las ocupaciones, y si éstas permiten potenciar el bienestar y la participación social de la persona y/o comunidad o, por el contrario, conllevan a una disfunción ocupacional (14).

Por ende, teniendo en cuenta que la Terapia Ocupacional es una disciplina socio sanitaria que además de garantizar la plenitud ocupacional de las personas, grupos y/o comunidades, fomenta el desarrollo de sociedades inclusivas. Los terapeutas, por un lado, tienen el deber de evidenciar la influencia del contexto en el bienestar e inclusión de los individuos (15, 16), y, por otro, diseñar y llevar a cabo acciones para asegurar la calidad de vida de las personas y/o comunidades, asegurando siempre, el acceso a ocupaciones significativas, tanto personales como colectivas. (17).

Lo cual, implica un cambio de paradigma, desde la perspectiva biomédica a la social e intercultural, integrando el principio de justicia ocupacional basado en los derechos humanos (12, 17). Ésta, se considera como la promoción de igualdad de oportunidades para escoger y participar en ocupaciones significativas, así como la oportunidad de desarrollar actividades que permitan a las personas y/o comunidades alcanzar su potencial personal y colectivo (18, 19).

De este modo, construir una comunidad inclusiva, donde todas las personas, independientemente de su condición, tienen el derecho a desarrollar un proyecto de vida digno, basado en la participación en ocupaciones significativas personales y culturales, exige una intervención intercultural y comunitaria (20), cercana a los ciudadanos y a los entornos donde éstos se desenvuelven.

Teniendo esto en cuenta, cabe destacar que, el interés por el tema desarrollado en la presente tesis doctoral, surge como consecuencia del cuestionamiento sobre el universalismo de las teorías y prácticas de la Terapia Ocupacional, el colectivismo frente al individualismo y la realidad del principio de justicia ocupacional, planteados en el desarrollo de diferentes programas de cooperación llevados a cabo en Marruecos y Perú.

Así, las vivencias entre las supuestas teorías y prácticas universales, la importancia de la comunidad y la realización de ocupaciones significativas culturales que garantizan la pertenencia de los individuos en ambos países, son cruciales para el planteamiento de intervenciones interculturales (21), el cuestionamiento sobre los postulados teóricos y prácticos de la disciplina y la reivindicación sobre la ocupación como agente de cambio social (22).

Los retos surgidos durante el primer trabajo de campo en Marruecos, son decisivos para el planteamiento y desarrollo de una intervención desde, en, y con la comunidad, con la intención de hacer participe a toda la sociedad en el proceso de Terapia Ocupacional y en la lucha hacia una comunidad más justa e inclusiva.

Por este motivo, en los siguientes proyectos desarrollados en Marruecos y Perú, además de plantear un análisis crítico sobre las asunciones básicas de la disciplina, se incorporan diferentes cosmovisiones sobre la ocupación y se diseñan y llevan a cabo intervenciones comunitarias, mediante el desarrollo de actividades significativas de las personas, grupos y/o comunidades involucradas.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el objetivo general de la presente tesis se centra en analizar el impacto del desarrollo de actividades con propósito en la salud y bienestar desde una perspectiva intercultural en el desarrollo de programas comunitarios.

Por esta razón, en primer lugar, se plantea una aproximación al corpus teórico de la Terapia Ocupacional, para después, desarrollar un análisis crítico e incorporar teorías y prácticas que permitan el desarrollo de una perspectiva intercultural, así como un abordaje terapéutico descolonizante, incentivando la ocupación como agente de cambio social que vela por los derechos de las personas y/o comunidades que históricamente se han situado al margen.

Así pues, se plantea un estudio desarrollado en y con la población rural de Azrou y alrededores (Marruecos) y Piura (Perú). Derivado de ello, se han enviado a publicar tres artículos a la revista “International Journal of Environmental Research and Public Health”, de las cuales el relacionado con Marruecos, donde se estudia la efectividad del enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria y en concreto el trabajo en, con y desde la comunidad en personas con discapacidad en Azrou, es publicada en 2021 con el título “Effectiveness of Community Occupational Therapy Intervention in, with and from the Community in People with Disabilities in Azrou (Morocco)”.

Teniendo en cuenta la importancia de la interdependencia de los escenarios de estudio y la complejidad de la ocupación humana, la metodología de Investigación Acción Participativa (23) y la etnografía (24), favorecen la comprensión y desarrollo de la investigación e intervención en contextos significativos para las personas y entidades que participan en el proceso. La primera, fomenta el empoderamiento de las personas y/o comunidades, identificando las injusticias sociales y desarrollando estrategias que promueven la justicia social y el bienestar de todos los miembros de la comunidad, y la etnografía, a su vez, permite conocer la identidad de una comunidad humana que se desenvuelve en un ámbito sociocultural concreto.

Considerando todo lo expuesto, la presente tesis consta de los siguientes apartados. En primer lugar, una introducción donde se realiza una aproximación al corpus teórico de la Terapia Ocupacional, un análisis crítico de las asunciones

básicas, los retos y desafíos de una Terapia Ocupacional intercultural, así como diferentes planteamientos que abalan el desarrollo de la Terapia Ocupacional transformadora. En segundo lugar, se desarrolla el planteamiento de la investigación, haciendo hincapié en la originalidad y la relevancia científica del estudio. Seguidamente, se exponen los objetivos generales y los específicos. Para posteriormente seguir con el material y método, especificando el diseño, los contextos de estudio, el procedimiento de selección de los participantes, la recopilación y análisis de datos y las consideraciones éticas que cumple la tesis doctoral. En quinto lugar, y a través de los campos de trabajo, se muestran los resultados obtenidos, para finalmente exponer las conclusiones y las propuestas de mejora para futuras investigaciones.

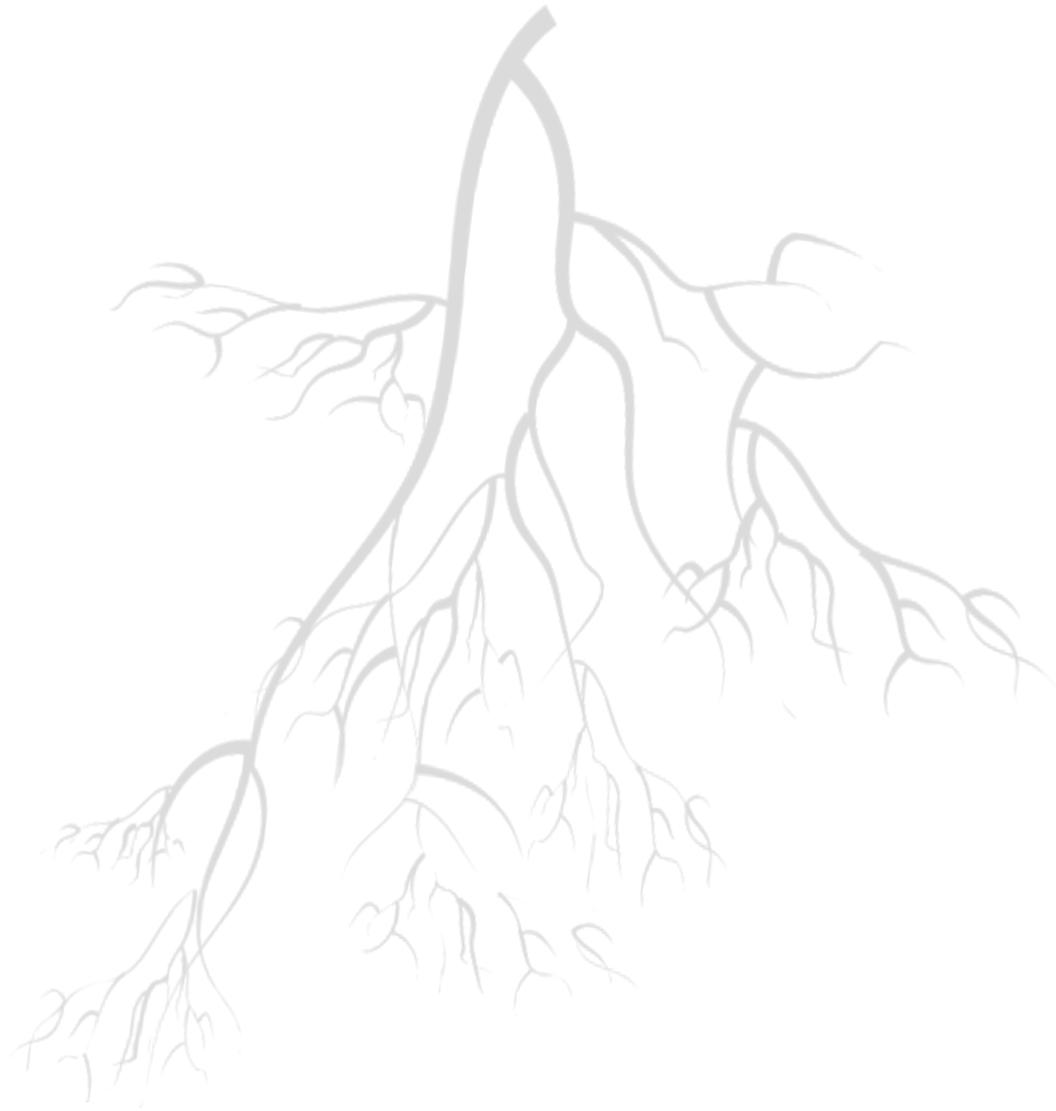
Así pues, la presente tesis doctoral, es una propuesta para alzar la vista y entender diferentes formas de hacer y sentir la Terapia Ocupacional. De acuerdo con Eduardo Galeano, “quizá sea el momento de encontrarnos, de abrirnos los ojos y largarnos a soñar”. Quizá, sea el momento de sentir y crear una Terapia Ocupacional consciente que promueva el desarrollo personal y la transformación social desde su ser y hacer. Quizá sea el momento de construir un mundo donde los mapas no pinten fronteras, sino puentes.





**PRIMERA PARTE: MARCO  
TEÓRICO**





## **1. INTRODUCCIÓN**



## **1.1. Aproximación a la Terapia Ocupacional y su evolución histórica**

*Si no conocemos nuestra propia  
historia, simplemente padeceremos los  
mismos errores, los mismos sacrificios, los  
mismos absurdos una y otra vez.*

**Aleksandr Solzhnitsyn**

La Terapia Ocupacional, tal y como se muestra en el acta fundacional del 17 de marzo 1917 (4), surge a través de la interacción de los contextos ideológicos, sociales, culturales e institucionales que favorecen las condiciones necesarias para el desarrollo de la disciplina. De esta forma, el corpus teórico, está estrechamente relacionado con las creencias sobre la salud y la enfermedad, las asunciones específicas y los paradigmas o las teorías que influyen en la práctica terapéutica (25).

Es más, debido a las experiencias que han influido en el desarrollo de la Terapia Ocupacional, existen diversos paradigmas (Figura 1) que se ajustan al contexto sociopolítico de cada época (26). Entendiendo como paradigma el conjunto de conceptos teóricos y valores que comparten los miembros de una comunidad (25, 26).

Uno de los primeros, hace referencia al pre paradigma de la ocupación, donde destacan tres perspectivas; el movimiento de artes y oficios, el tratamiento moral y la filosofía pragmatista (26). Mientras que el primero, surge como respuesta de los artesanos ante la revolución industrial, el segundo, pone de manifiesto el poder de la participación en las tareas cotidianas, en la educación o en el juego en el estado de bienestar de las personas con problemas de Salud Mental. Reflejo de ello, es el trabajo realizado por Jessie Luther en 1904, en el que los llamados “Handcraft shops” o actividades manuales graduales, contribuyen en el bienestar de los usuarios con diagnóstico de enfermedad mental (1, 2, 27).

Por último, la filosofía pragmatista, junto a las filosofías humanistas y holísticas, conforman los principios fundamentales de la originaria Terapia Ocupacional. Tan es así, que destacan profesionales como Eleanor Clarke, pionera en entrenamiento de hábitos, Susan Tracy, terapeuta ocupacional en hospitales (25, 27) y/o William Rush Dunton de la “National Society for the Promotion of Occupational Therapy” (28), que en 1927, además de considerar la ocupación como el eje central de la disciplina, hace declaraciones clave para el desarrollo de la profesión, en la que destacan afirmaciones como “la ocupación es tan necesaria como el alimento o la bebida” o “que las mentes enfermas puedan ser curadas con ocupaciones”.

Sin embargo, desde finales de la Segunda Guerra Mundial hasta los años 80, la Terapia Ocupacional empieza a extender su intervención a otros ámbitos fuera de la Salud Mental (29, 30), centrando su teoría e intervención en técnicas paliativas en estrecha relación con la medicina, constituyendo el paradigma mecanicista (1, 26, 27). Tan es así, que la ocupación se queda en un segundo plano, y la profesión presta especial atención a los mecanismos internos de la persona, contemplando las necesidades intrapsíquicas, neurológicas y/o kinesiológicas. No obstante, bajo este paradigma, despuntan los trabajos realizados por Margaret Rood y Jean Ayres, en la perspectiva músculo esquelética y en neurobiología (31).

Seguidamente, autores como Mary Reilly, Jean Ayres o Gray Kielhofner, con la intención de recuperar los fundamentos iniciales de la disciplina, y situar la ocupación como eje central de la profesión, desarrollan el paradigma de la ocupación (1, 2, 25, 27). Así, en 1979, la filosofía oficial de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), expone la importancia de centrar la teoría e intervención en la naturaleza del ser humano y en las características de la actividad propositiva de la persona (25, 27).

En la actualidad, la diversidad cultural de las personas que asisten a los servicios sanitarios, y por lo tanto a Terapia Ocupacional, favorece el interés por estudiar la influencia de la cultura en el ámbito de la salud y su relación terapéutica, creando y fomentando el paradigma social (31, 32, 33).

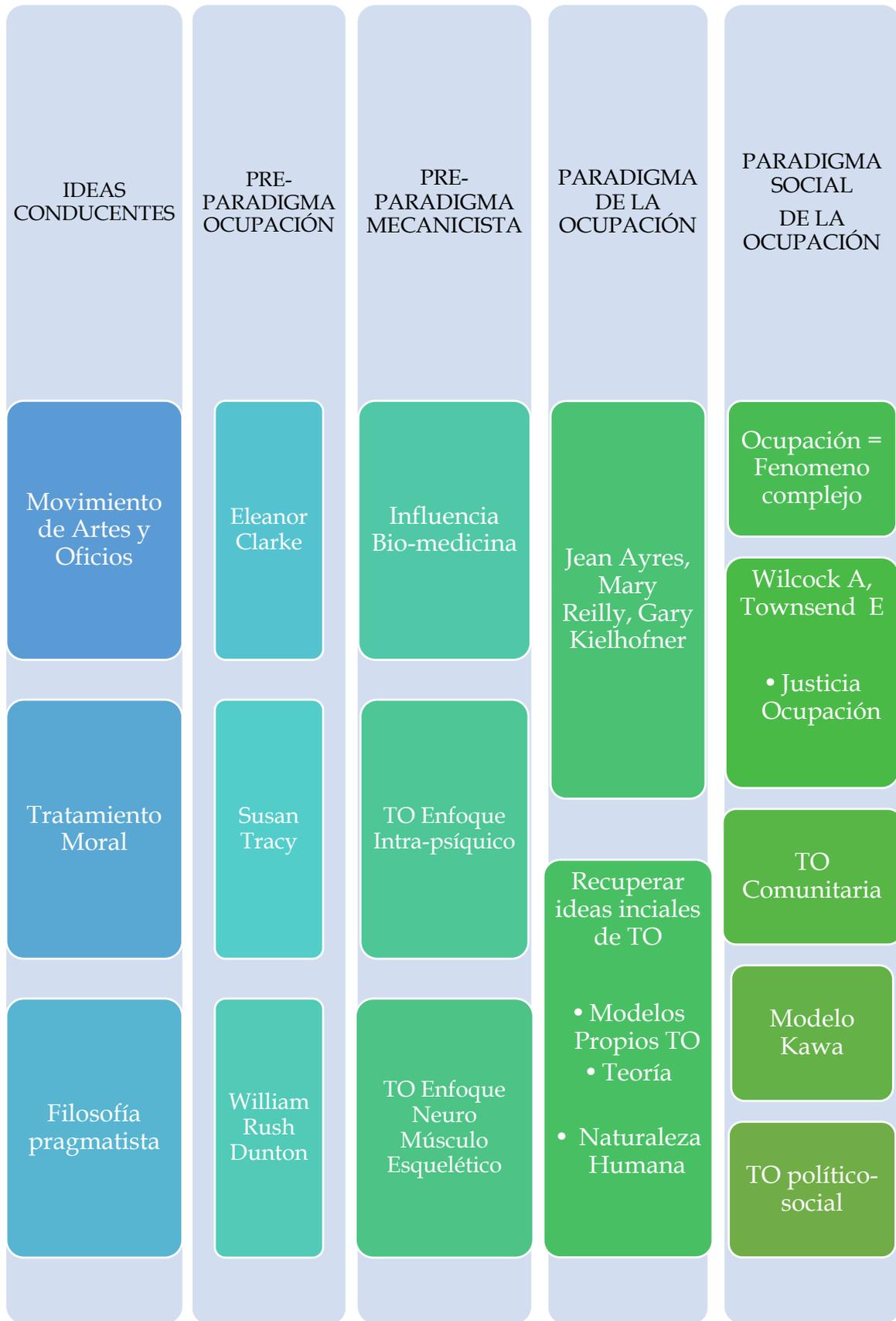
Éste, considera la ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades (34). Tan es así que, dos de las principales teorías que fundamentan esta perspectiva corresponden a la naturaleza ocupacional del ser humano de Ann Wilcock (35) y la justicia ocupacional como el objetivo fundamental de la Terapia Ocupacional de Elizabeth Townsend y Ann Wilcock (35, 36). Entendiendo esta última, como el derecho a participar en ocupaciones significativas para satisfacer las necesidades de las personas y desarrollar así su potencial.

Según Simó, Restrepo y Leonardo (37), es precisamente la justicia ocupacional la promotora de un cambio social y político hacia una comunidad inclusiva, donde independientemente de tener una disfunción ocupacional, todo individuo puede participar en la sociedad como ciudadano de pleno derecho.

Por otro lado, cabe destacar que, este paradigma pone de manifiesto las carencias de las teorías, modelos y herramientas propias de la disciplina, en relación a la contextualización cultural (38). Anulando el poder de la ocupación y minimizando los efectos de la intervención de todas aquellas personas y/o comunidades que presentan características culturales diferentes a occidente (16, 38, 39). Es por ello, por lo que, en la última década profesionales como Iwama (6, 16, 40, 41), Zango (10, 11, 20, 21, 42) o Kronenberg (12) con el fin de construir una terapia descolonizante y descolonizada e incorporar diferentes cosmovisiones culturales, lejos de las epistemologías dominantes del norte, proponen un análisis crítico de las asunciones teóricas y prácticas de la Terapia Ocupacional.

Por ende, el significado de la ocupación ha evolucionado atendiendo a las demandas y necesidades de la sociedad (43). Desde algo individual a la ocupación como un fenómeno complejo coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades. Siendo, por lo tanto, muchas las definiciones de Terapia Ocupacional que se han conocido desde su nacimiento. Sin embargo, atendiendo a la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) (44), la Terapia Ocupacional se comprende como una disciplina socio sanitaria centrada en el cliente (persona y/o comunidad), cuyo objetivo es modificar las ocupaciones y/o el contexto para favorecer la participación de las personas y/o comunidades en su vida diaria mediante actividades significativas.

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*



**Figura 1.** Evolución histórica de los paradigmas de Terapia Ocupacional.  
Fuente: Elaboración propia.

## **1.2. Teorías de la salud y su influencia en la Terapia Ocupacional**

*La salud es la riqueza real y no piezas de  
oro y plata.*

**Mahatma Gandhi**

La Terapia Ocupacional, como disciplina socio sanitaria, esta influenciada por las diferentes teorías sobre la salud, enfermedad y discapacidad.

De este modo, según Chapparo y Ranka (5) las principales teorías sobre la salud hacen referencia a la salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, la salud como capacidad de adaptación personal y la salud como resultado de la equidad y oportunidad social.

Así pues, teniendo en cuenta que cada una de estas perspectivas influye en el desarrollo de las bases conceptuales y prácticas específicas de la Terapia Ocupacional, es fundamental comprender los aspectos generales de cada conceptualización y como consiguiente, conocer y situar la intervención terapéutica bajo una teoría de salud.

A continuación, se exponen las diferentes conceptualizaciones sobre la salud y su influencia en el corpus teórico y práctico de la Terapia Ocupacional, que, a su vez, están estrechamente relacionadas con los diferentes paradigmas de la disciplina expuestos en el apartado anterior.

1.2.1. *La salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad*

La conceptualización de la salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, esta influenciada por la visión reduccionista y biomédica del proceso de salud-enfermedad, donde la salud se entiende como un estado ideal, caracterizado por la ausencia de enfermedad (25).

Es más, el estado de salud, es considerado como un fenómeno ajeno a la persona, o lo que es lo mismo, como una característica que la persona puede adquirir, restaurar o perder.

En esta línea, la intervención sanitaria se basa en una relación jerárquica, donde el profesional se sitúa por encima de la persona, y esta última adquiere el rol de paciente, o lo que es lo mismo, no participa en el proceso terapéutico, obteniendo, por lo tanto, una actitud pasiva ante la salud (33).

Así, en lo relacionado con la Terapia Ocupacional, la intervención se centra en el uso de la actividad para desarrollar, restaurar o compensar el funcionamiento de los componentes del sistema neurológico, intra-psíquico y/o músculo-esquelético (25, 27). Desarrollando modelos teóricos influenciados por el ámbito médico, centrados principalmente en el abordaje sensorial, biomédico, neurológico y/o comportamental (27).

Por lo consiguiente, y debido a la alta influencia del ámbito médico en las intervenciones propuestas bajo la perspectiva de salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, la actividad se considera un elemento que se utiliza para compensar las habilidades o características perdidas, independientemente si ésta, es significativa o no para la persona (25). Siendo, por lo tanto, clínicas, hospitales y/o instituciones los contextos físicos donde se llevan a cabo intervenciones de Terapia Ocupacional (5).

No obstante, cabe destacar que, el planteamiento biomédico ha contribuido en el desarrollo de la identidad de la profesión, siendo notable su influencia en el desarrollo de algunas de las teorías propias de la Terapia Ocupacional (5, 46). En las que destacan el Modelo ortopédico desarrollado por Taylor, el Modelo Neuro-conductual de Banus, o el de la discapacidad cognitiva de Allen, entre otras.

### *1.2.2. Salud como capacidad de adaptación personal*

La conceptualización de la salud como capacidad de adaptación personal, esta influenciada, por un lado, por las teorías humanistas y cognitivo conductuales, y por otro, por el análisis crítico del modelo biomédico y su impacto en la anterior teoría de la salud (5).

Así, a diferencia de la salud como ausencia de patología, enfermedad y discapacidad, que considera la salud como algo ajeno al individuo, bajo esta teoría, la persona es una unidad biológica, psicológica y social, en continua interacción con el entorno y es ella misma la responsable de mantener y/o recuperar su estado óptimo de salud (5). Considerando, por lo tanto, la salud como una meta que puede coexistir con la patología, enfermedad y/o discapacidad.

En relación con ello, las intervenciones propuestas bajo esta teoría no se centran exclusivamente en los criterios de los profesionales de la salud, sino que ponen énfasis en la habilidad de la persona para afrontar los cambios y la repercusión que tienen éstas en lo cotidiano de la vida diaria de los individuos (5).

Cabe destacar que, de acuerdo con la evolución histórica de la Terapia Ocupacional, esta concepción de la salud, es crucial para recuperar la ocupación como pilar central de la profesión. Situando el desempeño ocupacional y sus tres

componentes, persona, ocupación y entorno (25), como eje de las bases conceptuales elaboradas bajo el amparo de la teoría sobre la salud como capacidad y adaptación personal. En las que destaca el trabajo realizado por Mary Reilly (27) en los años 60, con el objetivo de centrar la intervención terapéutica en la ocupación humana, considerando la ocupación como medio y fin de la intervención terapéutica.

A su vez, este enfoque permite el desarrollo de conceptos como el comportamiento ocupacional (25), autonomía (25), desempeño ocupacional (47), actividad significativa (47,48) e identidad ocupacional (4,48) (Tabla 1).

Por lo tanto, de acuerdo con esta teoría, la salud es considerada desde un enfoque más global en el que además del componente individual, interactúan diversos factores externos (5).

*Tabla 1. Principales conceptos de la Terapia Ocupacional desarrollados bajo la teoría de la salud como capacidad de adaptación personal.*

<b>Comportamiento ocupacional</b>	Influenciado por el conductismo, se considera como todas aquellas ocupaciones en las que se implica la persona (25)
<b>Autonomía</b>	Capacidad de determinar y/o llevar a cabo una acción o tarea. De este modo, la autonomía esta vinculada con la capacidad de la persona para elegir y tener el control sobre el entorno (25).
<b>Desempeño ocupacional</b>	La capacidad de completar y llevar a cabo una actividad como resultado de una interacción dinámica entre la persona, el contexto y la ocupación (47)
<b>Actividad significativa</b>	Es aquella actividad que tiene un sentido para la persona, aquella que brinda seguridad, motivación y sentimiento de pertenencia y como consiguiente, al llevar a cabo dicha actividad, aumenta la motivación y el reconocimiento como ciudadano del propio individuo (47, 48)
<b>Identidad ocupacional</b>	Hace referencia a los pensamientos y sentimientos de la persona como ser ocupacional. Lo cual, implica el autoconocimiento volitivo, es decir, el conocimiento de anticipar, elegir, experimentar e interpretar su comportamiento ocupacional (4, 48)

*Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas en la tabla.*

*1.2.3. Salud como resultado de la equidad y oportunidad social*

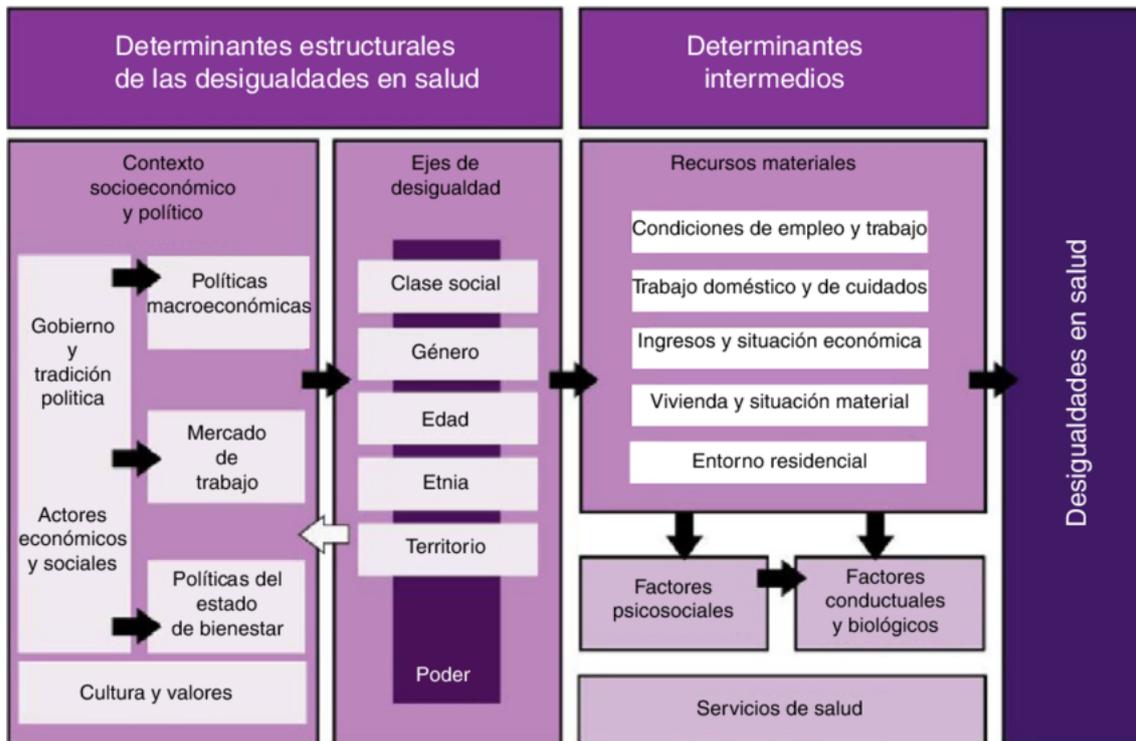
La teoría sobre la salud como capacidad de adaptación personal reconoce el impacto de factores externos en la salud individual, sin embargo, ignora la influencia de las causas sociales y condiciones socioeconómicas, medioambientales y/o culturales que determinan el estado de salud de la sociedad (5).

Es por ello, y teniendo en cuenta las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (49) (Figura 2), que sostiene que las causas explicativas de salud-enfermedad son predominantemente sociales, tales como el contexto socio económico, político o los recursos materiales entre otros, la tercera teoría sobre la salud, propone un análisis crítico sobre las oportunidades que tienen diferentes grupos socioculturales de acceder a los servicios socio sanitarios, reivindicando así, el desarrollo de políticas de salud que permitan un acceso equitativo de toda la población (5).

Dicho de otra forma, esta conceptualización de la salud, influenciado por las teorías sociales (50), hace hincapié en el derecho de que toda persona, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por los factores sociales, pueda alcanzar su estado óptimo de salud (50).

De hecho, dos de los principales movimientos desarrollados bajo esta conceptualización de la salud, hacen referencia al modelo social de discapacidad y al Movimiento de Vida Independiente (MVI). La primera, comienza en 1962 cuando Eds Rogers reivindica su derecho en el acceso en igualdad de condiciones a la Universidad de Berkeley y, por otro lado, el MVI surge como estrategia política con la finalidad de considerar la discapacidad como un fenómeno social (51).

En la misma línea, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (52) y la Conferencia de Promoción de la Salud de Yakarta (5), son cruciales para el desarrollo de la salud comunitaria y el reconocimiento del impacto de los derechos humanos y los determinantes sociales en la salud de las personas y/o comunidades (5, 52).



*Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Fuente: Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (50).*

En lo relacionado con la Terapia Ocupacional, bajo la teoría de la salud como resultado de la equidad y oportunidad social, se ha desarrollado el concepto de justicia ocupacional. Entendiendo ésta, como la equidad en las condiciones sociales, económicas y políticas para que las personas, organizaciones y la población en general puedan implicarse en ocupaciones significativas y saludables (36).

La justicia ocupacional, por lo tanto, permite situar la práctica de Terapia Ocupacional en el ámbito de la salud pública, promoviendo por un lado, la salud ocupacional de la población a través de la realización de actividades

significativas o con propósito (98), y por otro, facilitando a que las personas puedan tener el control sobre su estado de salud, garantizando el acceso a la información sanitaria, movilizandolos recursos humanos y materiales y participando en el desarrollo de políticas públicas que afectan a la salud individual y colectiva (5).

Es por ello, por lo que, de acuerdo con esta perspectiva, el objetivo de la intervención de Terapia Ocupacional no se centra solo y exclusivamente en la persona, sino también en los factores estructurales de la comunidad, organizaciones y población en general.

En la misma línea, se desarrollan los conceptos de co-ocupación y ocupaciones colectivas. Mientras que la primera, hace alusión a aquellas actividades que se realizan de forma interconectada entre dos o más personas que comparten aspectos físicos, emocionales y los objetivos de la ocupación a desarrollar. (35, 36). La segunda, las ocupaciones colectivas, son aquellas que, con el objetivo de fomentar la interacción social, establecen un nexo de unión entre lo individual y lo colectivo (38). Sin embargo, a diferencia de las co-ocupaciones, éstas, pueden manifestar una intención de cohesión social o disfunción y/o la búsqueda, o no, de un bien común (38).

Por ende, esta teoría de salud, con la finalidad de promover la equidad y la oportunidad social en los abordajes socio sanitarios, propone el desarrollo de saberes y prácticas interdisciplinarias y multidisciplinarias, en el que se compartan diferentes puntos de vista (3, 37,38).

### **1.3. Revisión de las asunciones teóricas de la ocupación**

*Aquel que le gusta la practica sin la teoría,  
es como el marino que navega barcos sin timón ni  
brújula y nunca sabe dónde anclar.*

**Leonardo Da Vinci**

En lo referente a las asunciones teóricas básicas de la Terapia Ocupacional, al igual que ocurre en otras disciplinas socio sanitarias, se comparten determinados valores y creencias de los modelos generales de salud y enfermedad.

Tan es así que, de acuerdo Hammell (45), las principales teorías de la Terapia Ocupacional hacen referencia a las creencias sobre la naturaleza de la ocupación y del vínculo que tiene ésta, con la salud y el estado de bienestar. Sin embargo, atendiendo a Reed (46), las asunciones están relacionadas con los resultados de la intervención (outcomes), la realización de la ocupación y el proceso que esto conlleva (doing) y los medios de intervención (tool).

Mientras que lo primero (outcomes), alude a los objetivos, cambios y resultados que se producen en el proceso de intervención, el segundo (doing), esta influenciado por las creencias y valores en torno al vínculo de la ocupación y el estado de salud y/o bienestar y por último (tool), agrupa los métodos, las técnicas, los abordajes, los contextos y el entorno donde se lleva a cabo la praxis de Terapia Ocupacional (46).

No obstante, es importante señalar que, en el presente trabajo, no se pretende realizar una revisión exhaustiva de todas las asunciones teóricas de la disciplina, sino analizar aquellas que son relevantes para el desarrollo de una

Terapia Ocupacional descolonizante y transformadora (21), tales como la ocupación y su influencia en la salud y bienestar de la población, el concepto de la ocupación humana y la relación y la influencia que tiene la cultura en la Terapia Ocupacional (6, 8, 11, 13, 16).

### *1.3.1. La ocupación y su influencia en la salud y bienestar de la población*

La ocupación, constituye el pilar fundamental de la Terapia Ocupacional, que históricamente, esta influenciado por la premisa de que el hombre, a través de las actividades que realiza cotidianamente, repercute en su estado de salud (25). No obstante, y aunque actualmente no existe una definición única para el concepto de la ocupación, de acuerdo a un estudio realizado en la Universidad de Chile (47), la mayoría de las interpretaciones tienen en común que, la ocupación, es aquella actividad con sentido en que la persona, grupo y/o comunidad participa y que puede ser nombrada por el contexto sociocultural que rodea al individuo.

No obstante, y aunque la Terapia Ocupacional se considera una disciplina joven, la ocupación es utilizada como agente curativo desde casi 3000 años a.C en el caso de la sociedad oriental, alrededor de 2000 a.C en Egipto y entorno 1000 a.C para la comunidad persa (1, 2, 48). Así, con el objetivo de promover la salud y prevenir la enfermedad, la ocupación y sus beneficios son considerados de forma indirecta en el Código Sanitario elaborado en la Grecia Clásica que se mantiene vigente hasta mediados del siglo XIX (48).

Más adelante, en el año 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Primera Conferencia de Promoción de la Salud realizada en Canadá, expone la Carta Ottawa (52). Donde recoge que la promoción de la salud no solo se centra en el cuidado de la misma, sino que propone estrategias relacionadas con la ocupación para el mantenimiento, prevención y mejora del estado de salud, siendo esto, crucial para el desarrollo de la salud comunitaria (52, 53).

Seguidamente, en el año 2001, se publica la Clasificación Internacional de Funcionalidad, discapacidad y Salud (CIF) (54), en el que además de ofrecer una codificación, considera al individuo como ser activo y ocupado, siendo la restricción de la participación una realidad donde intervenir mediante equipos multidisciplinares.

En relación con lo anteriormente expuesto, y a diferencia de la perspectiva biomédica de la salud, donde tienden a destacar la ausencia de enfermedad (25, 27, 33), las personas perciben el estado óptimo de salud cuando son capaces de llevar a cabo tareas o actividades cotidianas y tienen un adecuado vínculo social (55, 56, 57). Tan es así, que la relación entre la ocupación con la salud y el bienestar, constituye uno de los principales pilares de las asunciones del corpus teórico y de la praxis de la Terapia Ocupacional.

De acuerdo con ello, y según el planteamiento de Reed (46, 58) y Hammell (59), la ocupación no solo influye en la salud de forma general, sino que también repercute en la calidad de vida y facilita un estilo de vida saludable.

En lo referente a la calidad de vida, los autores mencionados (58, 59), sostienen que la participación en ocupaciones contribuye a la adaptación, identidad personal, independencia, desempeño y equilibrio ocupacional y a la adquisición de valores y creencias, fomentando las habilidades, capacidades y destrezas del individuo.

Por otro lado, al comprender la influencia de la ocupación en el desarrollo de un estilo de vida saludable, se entiende que la persona es activa, capaz y libre para seleccionar las ocupaciones que contribuyen positivamente en la salud y bienestar del individuo (55, 60). Tan es así, que el equilibrio ocupacional en lo referente a la participación, organización y significado otorgado a las áreas ocupacionales de productividad, autocuidado y ocio, repercute en la salud y bienestar y determina un estilo de vida saludable (61).

Wilcock (62), a su vez, defiende la doble direccionalidad entre la salud y la participación, es decir, tener buena salud, facilita la participación, y viceversa, realizar actividades favorece el estado óptimo de salud.

Si bien es cierto que la salud se comprende como el estado completo de bienestar físico, mental y social, considerando el bienestar como la percepción subjetiva que tiene el individuo sobre la salud (63). Cabe destacar que, en sociedades donde prevalecen valores individualistas (16, 33, 41, 64, 65, 66) el bienestar está estrechamente relacionado con conceptos como la autoestima, autoeficiencia y/o crecimiento personal entre otros. No obstante, en otras culturas donde predominan la interdependencia, también incluyen ideas como bienestar espiritual, espíritu comunitario, o la conexión con la tierra, adoptando así una perspectiva ecológica que defiende que la visión subjetiva de la salud individual está relacionada con la salud de los ecosistemas locales y globales (33, 41, 62, 65, 66).

Así, desde el punto de vista ocupacional, el sentimiento de bienestar surge a través de la realización de actividades que proveen un sentido de vitalidad, propósito, satisfacción o realización. Los cuales, concuerdan en gran parte con la Carta de Ottawa mencionada anteriormente, que narra que “para alcanzar el bienestar completo, la persona o grupo debe identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer necesidades y afrontar el entorno” (52).

No obstante, la ocupación no solo influye en la percepción individual, sino que también puede tener repercusión en la comunidad (66), es decir, cocinar puede resultar una actividad significativa en sí misma, pero el hecho de comer juntos alrededor de la mesa, puede promover una sensación de conexión con los demás.

Por ende, la ocupación, además de vivificar a personas y comunidades, contribuye a gozar de buena salud, y es a menudo el proceso de involucrarse en

una actividad significativa cuando las personas, grupos y/o comunidades, experimentan una mayor sensación de bienestar, y como consecuencia de ello, un mejor estado de salud (66).

### *1.3.2. El concepto de ocupación humana*

Tal y como se ha expuesto, las perspectivas sobre la salud repercuten en las asunciones básicas de la Terapia Ocupacional y por lo consiguiente, también en la ocupación humana, de modo que, en la actualidad se realizan diferentes abordajes acordes con los planteamientos teóricos sobre la salud que, a su vez, concuerdan con la evolución y los diferentes paradigmas de la Terapia Ocupacional citados anteriormente.

Aunque no existe una definición única de la ocupación humana y destaca notablemente la falta de consenso en torno a la misma, Reed (46) propone tres supuestos que lo conforman: las personas son seres ocupacionales por naturaleza, implicarse en una ocupación brinda finalidad y sentido y la ocupación organiza el comportamiento humano (Tabla 2).

El primero, hace referencia a que la ocupación es una necesidad humana básica (35), un componente esencial que facilita el desarrollo de habilidades que favorecen la adaptación de la persona (27, 46), ayuda a organizar el comportamiento y fomenta la calidad de vida y el estado de salud de la persona y/o comunidad (25). Es decir, esta perspectiva, considera la ocupación como un medio para el desarrollo de habilidades, como un agente y como un fin en sí misma, ya que favorece la adaptación del individuo a su entorno más próximo (25, 67).

La segunda premisa, está estrechamente relacionada con la búsqueda y realización de ocupaciones significativas (46, 68), o lo que es lo mismo, aquellas que se caracterizan por brindar seguridad, ser una vía de sociabilización (58),

tener repercusión en la espiritualidad (59) y en la identidad personal del individuo (69). Además, otro aspecto a tener en cuenta es que la ocupación se caracteriza por ser culturalmente relevante (70), de modo que esta vinculada a las costumbres y tradiciones de un determinado contexto sociocultural. Dicho de otra forma, el individuo es el que decide de forma autónoma, qué, cuándo, dónde y cómo realizar una ocupación particular, favoreciendo su evolución, conocimiento e identidad (27, 45, 46, 59).

Por último, la influencia de la ocupación en el comportamiento, constituye una de las principales premisas desde los orígenes de la Terapia Ocupacional, ya que ésta, hace referencia a cómo el comportamiento ocupacional está influido por el desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas personales (27, 46). En este sentido, participar en una ocupación, facilita a estructurar, secuenciar y organizar el comportamiento en hábitos, rutinas, roles y patrones de ejecución (27).

Estos tres supuestos de Reed (46), en relación con la ocupación humana, están presentes en los modelos propios de Terapia Ocupacional que, aunque es cuestionable su universalidad, tal y como se muestra en apartados posteriores, han constituido y contribuido al desarrollo de la Terapia Ocupacional occidental o del norte.

Así, la ocupación humana, es definida atendiendo a las creencias de una minoría de la población mundial (45), cuya visión occidental, esta enfocada en el futuro, en el hacer, en la elección individual y el control sobre la naturaleza (6, 40, 41). O lo que es lo mismo, el significado de la ocupación humana, como constructo cultural, está relacionado a un determinado contexto. Sin embargo, tal y como se expone en los siguientes epígrafes, el mero hecho de considerar la cultura en el proceso terapéutico, ofrece la posibilidad de reconstruir, transformar e incorporar diferentes perspectivas (6, 13, 16) en los postulados teóricos y prácticos de la disciplina y crear y crear una Terapia Ocupacional culturalmente sensible.

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*

*Tabla 2. Principales asunciones teóricas sobre la ocupación humana e implicaciones en la práctica de la Terapia Ocupacional.*

<b>ASUNCIÓN TEÓRICA</b>	<b>CREENCIAS Y VALORES</b>	<b>IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA</b>
<b>La naturaleza ocupacional del ser humano.</b>	Implicarse en ocupaciones es una necesidad humana básica y un componente esencial para vivir.	Se centra en las necesidades básicas de la persona.
	La ocupación organiza el comportamiento, mejora la calidad de vida y favorece un estilo de vida saludable.	Está relacionada con el control personal.  Se dirige a objetivos que se eligen libremente.
	Los roles, la cultura, el entorno, la experiencia y la habilidad personal influyen en la elección ocupacional.	Está vinculada a la adaptación al entorno.
<b>La ocupación está vinculada con la finalidad y el sentido vital.</b>	Las ocupaciones significativas son ocupaciones que tienen una finalidad, son relevantes, otorgan confianza, dan sentido a la vida, son un medio para sociabilizar y están vinculadas a las personas.	La ocupación puede estar vinculada con la espiritualidad y por tanto con el significado vital.
	La persona es activa y participa en la selección de ocupaciones que tengan un propósito y/o finalidad para ella.	La finalidad de la ocupación está vinculada con los intereses, el significado, los valores y las creencias de la persona.
	La cultura determina que las ocupaciones se desarrollen acordes con las costumbres, las creencias, los patrones de la actividad, los comportamientos y las expectativas de una sociedad particular.	La ocupación ocurre en un determinado contexto social y cultural.
<b>La ocupación organiza el comportamiento</b>	La ocupación humana se ha clasificado en diferentes áreas ocupacionales como son: el autocuidado, la productividad y el ocio.	El abordaje terapéutico se realiza enfocado a las áreas ocupacionales; principalmente en la recuperación y/o incorporación de habilidades, y capacidades que la persona ha perdido y/o necesita adquirir.
	La organización de las ocupaciones influye en el comportamiento ocupacional.  El comportamiento ocupacional está influido por el desarrollo de habilidades, capacidades y destrezas personales.	El comportamiento está secuenciado y organizado por las ocupaciones y se estructura en hábitos, roles, rutinas y patrones.

*Fuente: A partir de "Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural. Análisis de las asunciones teóricas básicas" (21).*

### 1.3.3. *La relación entre la ocupación y la cultura*

Atendiendo a Dyck (14), la cultura es un conjunto complejo que abarca las ideas, conceptos, creencias, conocimientos, valores y normas que forman los estándares y reglas de comportamiento emprendidas por las personas en un determinado contexto.

Sin embargo, a diferencia de ser un proceso de intercambio y enriquecimiento para la población en general, el fenómeno americano, conocido también como “American way of life” (13), vigente en todo el planeta, produce y sigue el genocidio cultural iniciado en el proceso de colonización (72), donde desaparecen más del 90% de las comunidades indígenas. Es decir, históricamente, los países occidentales o del norte, se han relacionado con las demás culturas en una posición de descubridor, desde una relación de poder y saber, en el que el explorador es quien tiene el poder (71, 72, 73).

Así, y de acuerdo a Gergen (74), cabe destacar que, occidente nunca ha considerado a otras culturas y creencias como semejantes, lo que conlleva abolir los derechos de igualdad y/o dignidad de las demás cosmovisiones y sociedades del planeta.

En lo referente a la Terapia Ocupacional, la cultura, es tratada como secundaria e incluso en las teorías y suposiciones mencionadas anteriormente, sobre la ocupación, la ocupación humana y/o los modelos propios de la disciplina, se toman como cualidades universales que trascienden límites culturales y parecen ser irrefutables por otras cosmovisiones (6, 12, 16, 34, 40, 41, 65).

En relación con ello, autores como Christiansen (75) o Wilcok (35), manifiestan que, en países y culturas del norte, el hacer, ser y llegar a ser, se ha convertido en el eslogan de la Terapia Ocupacional, considerando una disfunción

en el hacer, la base para la planificación, diseño y puesta en marcha de una intervención.

Sin embargo, las teorías y praxis creadas en contextos culturales específicos, no siempre encajan en otras realidades, y es a menudo, el destinatario el que se tiene que adaptar. Lo cual, conlleva al fracaso de la Terapia Ocupacional, y a pesar de que comúnmente se interpreta como un problema del individuo, es un problema propio de la disciplina y de sus elementos culturales arraigados en sus perspectivas ontológicas y epistemológicas de occidente (6, 16).

Por lo tanto, una Terapia Ocupacional fuera del contexto cultural, sin comprender las creencias y valores de un entorno determinado, conlleva que tanto las personas, grupos y/o comunidades, como los propios terapeutas tengan dificultades para comprender el significado real de la intervención, y es más, puede convertirse en un agente colonizador (6, 12, 16), donde los beneficiarios estén frustrados bajo una ideología individualista y la Terapia Ocupacional, en vez de dotar de poder y empoderar, oprime y excluye a personas y sociedades (6, 16, 19, 22, 40, 41).

Es por ello, por lo que atendiendo a las reflexiones de Simó (13), es sumamente necesario incluir y tener en cuenta la cultura en las praxis y teorías de la disciplina (13, 17, 19), ya que solo con eso, se pueden transformar las injusticias y luchar por una sociedad más justa e inclusiva, basada en los derechos humanos y en la sostenibilidad.

#### **1.4. Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural**

*Ojalá podamos tener el coraje de estar solos  
y la valentía de arriesgarnos a estar juntos.*

**Eduardo Galeano**

##### *1.4.1. La interculturalidad como respuesta al proceso de globalización*

El proceso de globalización (76), característico del mundo actual, producido como resultado de la pobreza y los conflictos religiosos, políticos y étnicos, a su vez, conlleva a una interdependencia entre distintos países del mundo y a un universalismo del capitalismo, o a la articulación entre lo local y global de nuevos fenómenos culturales (76, 77, 78).

Tal y como se muestra en apartados anteriores, los países del norte, tienden a relacionarse con las demás culturas en una posición de descubridor (71,72,73), desde una relación de poder. Lo cual, implica una inferioridad que en muchas ocasiones desencadena situaciones de inestabilidad, guerras, esclavitud e imposición económica, política y/o social. Tan es así, que autores como Summer (79), defienden la premisa de que occidente, al no considerar otros saberes como semejantes, deroga los derechos de igualdad, equidad y/o dignidad de las demás comunidades.

Si bien, la globalización lleva consigo un genocidio cultural (76, 77), también incrementa el fenómeno migratorio global y la diversidad cultural de las personas que asisten a los servicios socio sanitarios y, por lo tanto, también a Terapia Ocupacional (8). Esto, además de fomentar el interés de analizar el vínculo de lo "cultural" en el ámbito sanitario, ha promovido el cuestionamiento

del significado otorgado a la ocupación, salud, bienestar, relación terapéutica y al proceso de Terapia Ocupacional.

No obstante, el universalismo, es una de las formas que adopta el absolutismo, centrado en ejercer violencia contra todo aquel que se resista a aceptar lo universalmente validado, considerándose así, una de las formas más comunes de la violencia estructural, donde con el objetivo de silenciar otras voces y/o saberes, o camuflar otras desigualdades, se ignora la diversidad de la realidad (81, 82, 83).

Así pues, el principal reto y oportunidad que ofrece la diversidad cultural en el proceso de Terapia Ocupacional, lejos de la universalización, consiste en analizar las desigualdades, las relaciones de poder y la violencia en la construcción del corpus teórico y práctico de la disciplina.

En relación con ello, tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, la Terapia Ocupacional surge bajo la visión occidental, ignorando la diversidad de los modelos explicativos de salud, enfermedad y atención, y obviando otros enfoques y saberes de la ocupación (7, 83). Así, la perspectiva intercultural, propone incorporar una visión crítica y plural en el corpus teórico y práctico de la Terapia Ocupacional, involucrando otros modos de entender la ocupación humana y su potencial terapéutico para establecer una relación entre iguales (10, 11, 84), basada en un manejo sistémico de poder (66, 85).

Para ello, Iwama (6, 40, 41, 65), propone desarrollar una epistemología culturalmente relevante, donde es preciso comprender el entorno socio político en el que se lleva a cabo el proceso de Terapia Ocupacional, y cómo ésta influye en las ocupaciones. Siendo, para ello, necesario incorporar las reflexiones y saberes de personas procedentes de diversos contextos culturales sobre las asunciones básicas teóricas y prácticas de la Terapia Ocupacional (86).

Como consecuencia de ello, la interculturalidad, además de abogar por la mejora y equidad en el acceso y derecho a la salud, pretende desmontar la idea occidental de “hospital” y dejar detrás la perspectiva biomédica hegemónica (87), revisar las teorías, protocolos, escalas de valoración y evaluación y priorizar los factores culturales en el proceso de salud, enfermedad y atención (11).

No obstante, según Hammell (88), la principal dificultad de los terapeutas, esta relacionada con el desconocimiento de los factores estructurales de los contextos en los que se lleva a cabo la intervención. Lo cual, está estrechamente vinculado con las afirmaciones de Hinojosa (76), que manifiesta que, frente a la diversidad cultural y los constantes cambios del mundo actual, es preciso incluir conocimientos y habilidades que permitan identificar y valorar los aspectos socioculturales de la ocupación, salud y bienestar en la educación de los terapeutas ocupacionales.

De modo que, para el correcto desarrollo de una intervención intercultural, es necesario incluir diversidad en los modelos explicativos y en la práctica terapéutica (85, 86, 89). Es decir, incorporar teorías históricas, dinámicas y complejas que permitan cumplir el fin de la perspectiva intercultural y establecer una relación entre iguales basada en un manejo sistémico de poder.

#### *1.4.2. Desarrollo de una Terapia Ocupacional culturalmente sensible*

En los años 80, la OMS, como respuesta a los retos que plantea la diversidad cultural en las intervenciones socio sanitarias, propone un abordaje basado en la competencia cultural (77). Entendiendo esta última, como el proceso de identificar y reconocer los factores culturales presentes en la intervención, comprender la propia cultura profesional, así como el significado que adquiere la salud y la enfermedad en una determinada cultura (90).

A su vez, la competencia cultural puede ser específica, intercultural y/o general (91), en función a la postura que adquiere la persona frente a las diferentes creencias y saberes. Así, la primera, se refiere a la habilidad que tiene la persona para participar en la vida diaria de un grupo cultural del mismo modo que en el propio contexto sociocultural, la segunda, destaca la interrelación entre múltiples culturas presentes en la intervención, como son la personal, profesional y del contexto y, por último, la general, reconoce y valora las diferentes culturas y las implicaciones de éstas en el proceso de salud (91).

La competencia cultural, por lo tanto, lleva consigo diseñar y realizar intervenciones con un planteamiento científico, desarrollar habilidades y competencias dinámicas y tener experiencia en un contexto cultural diferente (39). Por lo tanto, y en lo referente a la Terapia Ocupacional, la conciencia cultural, el conocimiento de la propia cultura, ajena y profesional, la flexibilidad, la capacidad de adaptación y la realización de intervenciones teniendo en cuenta las características del contexto cultural, son los principales aspectos a tener en cuenta (89) para el desarrollo de una Terapia Ocupacional culturalmente sensible.

Sin embargo, en contextos multiculturales, es más adecuado el concepto de sensibilidad cultural (86), ya que ésta, se refiere a la disposición favorable de los profesionales para intervenir con personas de diferentes culturas y/o creencias. Es decir, a diferencia de la competencia cultural, la actitud del terapeuta cobra especial importancia en el proceso de Terapia Ocupacional (86).

En este sentido, una intervención culturalmente sensible implica construir un conocimiento con la participación de personas de diferentes saberes, comprender y adquirir habilidades culturales, estudiar el multiculturalismo y ser consciente de la propia cultura profesional (92). Así, según Muñoz (86), para involucrar la perspectiva de diferentes creencias en el desarrollo de un conocimiento culturalmente sensible, es necesario conocer la propia cultura

profesional y personal, además de respetar la identidad cultural ajena. Lo cual, conlleva trascender los planteamientos de la sensibilidad cultural, para centrarse en la humildad cultural.

De este modo, una Terapia Ocupacional culturalmente sensible y significativa, implica involucrar a personas y/o entidades de diferentes creencias en la construcción del conocimiento (7), entendiendo la ocupación como un fenómeno complejo y ligado a la cultura y analizando la influencia del contexto en los valores y en las elecciones ocupacionales de los individuos, grupos y/o comunidades.

En relación con ello, un planteamiento culturalmente sensible propone revisar los conceptos, protocolos, escalas de valoración y evaluación, perder la perspectiva biomédica y priorizar aspectos culturales en el planteamiento y desarrollo de la intervención (87), siendo necesario realizar un análisis crítico de las asunciones teóricas básicas de la Terapia Ocupacional (12, 33, 93, 94, 95, 96), que, a su vez, favorece la cohesión social, el abordaje comunitario y la convivencia democrática (20).

## **1.5. Terapia Ocupacional transformadora y descolonizante**

*Nuestra percepción actual es solo una forma  
de ver las cosas y cuantas más perspectivas  
investiguemos mejor será nuestra comprensión.*

**Lou Marinoff**

Numerosos autores, en los que destaca Simó (13, 43, 96, 97), apuestan por una Terapia Ocupacional relevante ante la sociedad y la realidad actual, aquella que vive una escandalosa proliferación de la pobreza y riesgos irreparables a nivel cultural y ecológico (13, 97), aunque éstas, sean ocultadas o camufladas por una falsa riqueza de valores y de rebosante humanidad.

En relación con ello, y con el objetivo de promover una Terapia Ocupacional relevante y transformadora, es necesario que la población sea consciente de que el mundo es una realidad VUCA (98). Concepto utilizado por el ejército de EE.UU., para mostrar la volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad del planeta, o lo que es lo mismo, un entorno que esta en constante cambio y evolución (98, 99).

Por lo tanto, es inviable que la Terapia Ocupacional siga trabajando de forma hegemónica en realidades culturales distintas. Es decir, una perspectiva no se debe imponer frente a otras creencias verdades y realidades, adoptando una actitud colonial y produciendo un genocidio (72, 76, 77), ocultando e infravalorando otros saberes, culturas, tradiciones y realidades (6, 12, 16, 34, 40, 41, 65).

Así, autores como Kondo (100), a diferencia del recorrido histórico del corpus teórico de la disciplina, donde la cultura es considerada como secundaria,

manifiesta la importancia de conocer, estudiar y analizar los saberes y creencias en todas sus vertientes y tenerlos presentes en el proceso de Terapia Ocupacional, fomentando el desarrollo de teorías y prácticas culturalmente sensibles e inclusivas.

Es más, los terapeutas, han de ser conscientes del poder de su profesión para el desarrollo de estrategias inclusivas y equitativas, basadas en los derechos humanos universales (17), en la defensa de la pluralidad, la justicia (18,101), el compromiso ético y la dignidad humana, que velan por la lucha ante las injusticias del mundo global.

No obstante, esta perspectiva social e inclusiva de la Terapia Ocupacional, no es cosa de ahora, Elizabeth Townsend, en su libro “Enabling Occupation: an occupational Therapy Perspective”, (102), menciona que los terapeutas, desde el origen de la disciplina, están desafiados al activismo social y a promover la justicia social a través del empoderamiento de las personas, grupos y/o comunidades, para que éstas, participen dignamente en la sociedad y velar así por sus derechos.

A pesar de ello, la Terapia Ocupacional, además de seguir siendo la gran desconocida entre las demás profesiones, no ha progresado de acuerdo a las demandas y necesidades de la sociedad. Es decir, en un mundo caracterizado por la diversidad cultural, la perspectiva biomédica y las creencias occidentales, siguen siendo impuestas en comunidades donde el ser, pertenecer y lo colectivo prevalecen frente al hacer y al individualismo del norte.

Por ello, en un mundo de constante cambio y evolución (6, 94, 98), que genera nuevas formas de trabajo, ocio y vida, que cuestiona la gestión de poder, la diversidad y la realización y contextualización de ocupaciones, es necesario un planteamiento crítico (12, 95) que fomente el cambio y la adaptación de las

principales creencias que forman la teoría y práctica de la Terapia Ocupacional a la pluralidad del mundo real.

Éste, ofrece la oportunidad de reflexionar sobre las asunciones teórico-prácticas de la disciplina, con el fin de favorecer la cohesión social y el abordaje comunitario (20, 21, 36, 103), fomentando una intervención eficaz en diferentes contextos de actuación y favoreciendo el desarrollo de una Terapia Ocupacional descolonizada y descolonizante.

Con ello, cabe destacar que, aunque en realidad, son muchos los terapeutas los que apuestan por una profesión transformadora y luchan por un mundo mejor, lo cierto es que no se está comunicando lo suficiente. Lo cual, conlleva y está relacionado con la débil conexión que existe entre la academia y la realidad, es decir, la formación sigue teniendo una gran influencia biomédica, instruyendo a terapeutas bajo una visión individualista y occidental, que muchas veces crea una terapia que limita en vez de brindar oportunidades.

Por lo tanto, la Terapia Ocupacional, evoluciona o simplemente desaparece.

Por ende, y aunque mediante esta tesis no se pretende hacer una revisión exhaustiva de las creencias y saberes de la Terapia Ocupacional, en los siguientes apartados, además de una reflexión crítica sobre las asunciones básicas de la profesión, se muestran teorías, modelos y praxis, que ofrecen una visión novedosa para occidente, pero que, en verdad, están relacionados con lo ancestral y lo tradicional, de aquellos que sistemáticamente e históricamente han sido situados al margen. Y aunque, resulte paradójico, estas creencias y saberes que son excluidas, son precisamente la base para el cambio, para una Terapia Ocupacional consciente, y para que la ocupación se convierta y se reconozca como agente de transformación social.

*1.5.1. Reflexión sobre las asunciones teóricas básicas de la Terapia Ocupacional*

Tal y como se ha expuesto en epígrafes anteriores, si bien las principales teorías de la Terapia Ocupacional se han desarrollado bajo la cosmovisión del norte (34, 45), más concretamente en áreas urbanas de naciones anglófonas y bajo el enfoque individualista (104, 105). Ésta, solo representa al 17% de la población mundial, por lo que los enfoques terapéuticos no son relevantes para gran parte de la sociedad. Dicho de otra forma, el conocimiento de la Terapia Ocupacional se ha elaborado ignorando la diversidad de los modelos explicativos de salud, enfermedad y atención, excluyendo así otras perspectivas, creencias y saberes (6, 16, 25, 40, 41, 46, 106, 107).

La visión individualista de occidente, no solo considera que el contexto y la persona están separados, sino que los individuos tienen la capacidad para controlar y modificar el contexto (41, 64, 108, 109, 110). Lo cual, conlleva reducir el impacto y la influencia que tienen los aspectos económicos, políticos y sociales de un entorno particular en las posibilidades ocupacionales de las personas, grupos, y/o comunidades (20 ,41 ,45, 65).

Es precisamente, la reflexión del vínculo aislado y el poder que obtiene la persona en relación al contexto, lo que dificulta la comprensión de la ocupación humana en entornos culturales con visión colectivista.

En relación con ello, y en función de una perspectiva individualista, la independencia y la autonomía son metas que habitualmente se convierten en objetivos principales de la Terapia Ocupacional (19, 22, 92). Sin embargo, la tan deseada independencia, puede convertirse en aislamiento social en determinados contextos culturales, donde perciben el mundo como una unidad singular, con relaciones horizontales entre la naturaleza, el yo y la sociedad (104, 105). Es más, en dichos contextos, la pertenencia y la interdependencia, sustituyen a la autonomía e independencia del norte.

Estas relaciones horizontales y el sentimiento de pertenencia, están estrechamente relacionadas con la ética sudafricana Ubuntu (111), que en Zulu significa “una persona es persona a causa de los demás”, o lo que es lo mismo, “yo soy porque somos”. Es decir, esta filosofía contempla a la humanidad como un todo, donde solo mediante la cooperación entre todos los miembros se consigue la armonía y la felicidad, siendo, por lo tanto, el extremo opuesto al ansiado individualismo de occidente.

Es por ello, y para que la intervención de Terapia Ocupacional sea realmente eficaz y significativa en diversos contextos, se debe evitar el dualismo entre la persona y el contexto, comprender las relaciones entre ambas, sin priorizar un aspecto con relación a otro (13), explorar las elecciones ocupacionales (66), las experiencias de opresión que generan injusticias ocupacionales (34, 66) y el impacto de la cultura en el proceso terapéutico (16, 41, 112).

Es más, son los factores contextuales, los que determinan e influyen notablemente en la construcción de la identidad ocupacional y en la oportunidad que tiene la persona para escoger e involucrarse en ocupaciones que realiza en su día a día.

Sin embargo, y aunque bajo la visión occidental, las personas son consideradas como agentes autónomas con control y libertad para escoger e involucrarse en ocupaciones significativas, para gran parte de la población esta afirmación carece de significado (18, 27). De hecho, solo una minoría puede elegir, controlar, y tener la oportunidad de seleccionar y participar en ocupaciones con propósito o significativas, que influyen positivamente en la salud y bienestar de la persona y/o comunidad (45).

Otra de las consecuencias del pensamiento dominante, corresponde con la clasificación ocupacional. Que hace referencia a que, aunque existan numerosas

categorizaciones, dos de las más instauradas en todo el planeta, están relacionadas, por un lado, al trio de autocuidado, productividad y ocio (27), y por otro, las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social (55).

Lo cual, conlleva a que, bajo la perspectiva de la cultura dominante, las ocupaciones están relacionadas con el hacer (doing), aquellas que satisfacen las necesidades de subsistencia, con el ser (being), o las vinculadas con el mantenimiento de la salud, con el pertenecer (belonging), y con el llegar a ser (becoming), concepto que vincula el desarrollo personal, comunitario y social (62).

No obstante, y a diferencia del norte, en determinados contextos, el hacer pasa a un segundo plano, y las ocupaciones que facilitan el vínculo con la comunidad (pertenecer) y aquellas relacionadas con el desarrollo personal y social (llegar a ser), constituyen la principal preocupación de las personas, grupos, y/o comunidades (105).

Por lo tanto, las clasificaciones en relación a la ocupación humana vigentes en la actualidad, son el reflejo de valores específicos basados en la independencia, de modo que contradice con culturas con una cosmovisión diferente (6, 46, 58, 112). Dicho de otra forma, hasta la actualidad, la ocupación humana es definida como un constructo complejo, basado en el hacer, en el individualismo y en el futuro, lo cual, ignora y excluye diferentes saberes, creencias y perspectivas de diversos contextos culturales (94, 114, 116).

Es por ello, por lo que resulta fundamental comprender la influencia de las creencias culturales en la elección y desarrollo de determinadas ocupaciones (108), considerando la ocupación humana como un constructo cultural con posibilidad de reconsiderar, reconstruir, transformar e incorporar diferentes saberes y tradiciones (115, 117).

No obstante, no solo se ha de cuestionar la flexibilidad de la ocupación humana, sino que las diversas teorías y saberes propios de la Terapia Ocupacional, en vez de representar una fórmula exacta a imponer en todos los contextos de actuación, tienen que servir de guía y orientación para organizar y gestionar la práctica terapéutica adecuada al entorno en el que se lleva a cabo el proceso de Terapia Ocupacional.

Por ende, para garantizar el futuro de una Terapia Ocupacional digna y descolonizante, los modelos y teorías han de estar sujetos a cambios, ser sensibles a nuevos fenómenos de salud, cambios sociales, y/o investigaciones novedosas, sin someter la práctica a las premisas de unos modelos teóricos que no consideren la realidad de las personas y/o comunidades (10, 11, 13, 17, 19, 21, 22).

En relación con lo expuesto, y de acuerdo con el objetivo general del presente trabajo, analizar el impacto del desarrollo de actividades con propósito en la salud y bienestar desde una perspectiva intercultural en el desarrollo de programas comunitarios, es primordial conocer y considerar otras formas de ser, pertenecer y hacer de la Terapia Ocupacional. Para ello, en el siguiente apartado se exponen diversas teorías sobre las diferentes terapias ocupacionales, tal vez desconocidas para la población de occidente, pero con una larga historia para la comunidad, que, a su vez, han sido necesarias para analizar, comprender y llevar a cabo intervenciones en diferentes países, como son Marruecos y Perú, tal y como se muestra en los artículos que sustentan esta tesis doctoral.

1.5.2. *Aproximación hacia las teorías y praxis para el desarrollo de Terapia Ocupacional  
descolonizante y descolonizadora*

- **El Modelo Kawa (Río)**

El significado que otorgan las personas, grupos y/o comunidades a las ocupaciones, varía en función de la posición del individuo respecto al entorno (6, 13, 16) (Figura 3). Es decir, si éste se sitúa en una posición central con un entorno diferenciado, o, por el contrario, si se considera una parte integral del universo.

En relación con la Terapia Ocupacional, las teorías y praxis comúnmente conocidas, son generadas desde el punto de vista dominante de un contexto occidental, donde el individuo se sitúa en el centro y tiene el privilegio de ejercer el control sobre el entorno que le rodea (16, 41, 118). Es decir, bajo esta perspectiva, existe la presencia de un dios todopoderoso que separa los elementos del yo, la sociedad y la deidad, otorgando al individuo el poder sobre los demás y separándolo así del contexto que le rodea (16).

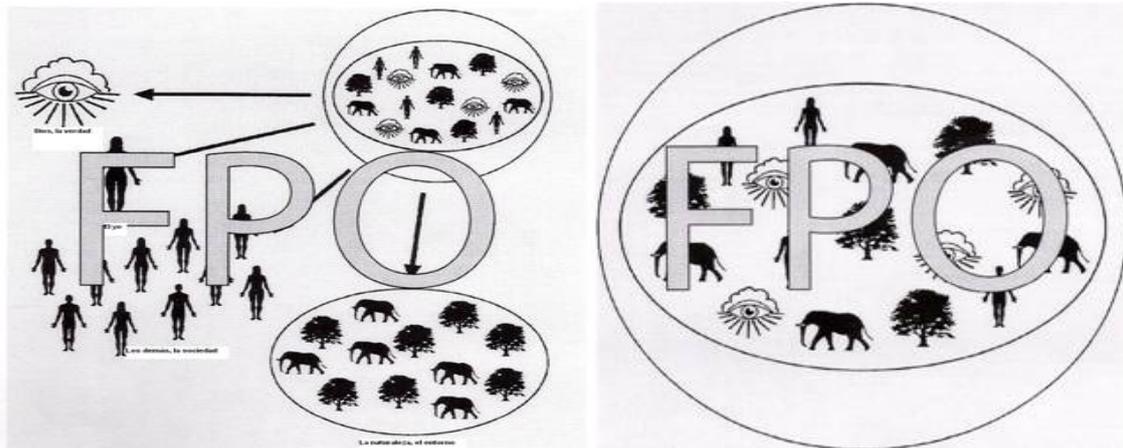
Tan es así, que comúnmente, la ocupación del entorno a través de una acción es considerada a menudo como un derecho y/o un imperativo, considerando la necesidad de depender de los demás como un estado en el que el individuo necesita mejorar.

Sin embargo, en otras realidades culturales, donde la persona se considera como parte integral del universo, los ideales de las perspectivas individualistas presuntamente universales, como son la autonomía, el narcisismo y el determinismo individual, el control racional, el yo diferenciado de la naturaleza y la temporalidad futura, entre otros, carecen de significado (6, 16, 41, 64, 115, 118).

Iwama (118), en sus desencuentros entre la perspectiva norteamericana de la ocupación y la de su país natal, Asia, manifiesta y visibiliza que la ocupación, es interpretada de numerosas formas, ya que está, varía según las experiencias y los contextos que lo conforman, y que a diferencia de las epistemologías individualistas de Occidente, son muchas las culturas las que establecen relaciones horizontales entre la persona y lo que lo rodea, dando importancia a la pertenencia y no al constante “hacer”.

**VISIÓN INDIVIDUALISTA  
OCCIDENTAL**

**VISIÓN COLECTIVISTA**



*Figura 3. Diferencias entre la visión individualista y colectiva.*

*Fuente: A partir de “Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional” (16).*

Esto, a su vez, está relacionado con la filosofía del Buen Vivir (112) de las sociedades indígenas de la región andina, especialmente de Bolivia, Ecuador y Perú. Donde además de crear una armonía entre la naturaleza (Pachamama), la especie humana y las demás especies, el conocimiento, el reconocimiento social y cultural, la vida espiritual, la relación con la naturaleza y los valores humanos cobran especial relevancia, frente al capitalismo y el pensamiento dominante.

Como consecuencia de esta dualidad sobre la posición que adquiere la persona respecto al entorno, el concepto de bienestar también varía en función de la visión individualista y/o colectivista (16, 115, 118). Mientras que la primera, se considera como el equilibrio entre la persona y entorno, siendo el individuo el que ejerce el control sobre sus circunstancias, en la segunda, la persona llega al estado de bienestar cuando todos los elementos coexisten en armonía.

Es precisamente la armonía, el pilar del modelo Kawa (118), que representa metafóricamente el estado de bienestar a través de la imagen de un río libre de obstáculos. Sin embargo, el flujo del río se ve alterado cuando aparecen ciertas estructuras, como son las rocas, las paredes y el lecho del río y los troncos que arrastra la corriente (Figura 4).

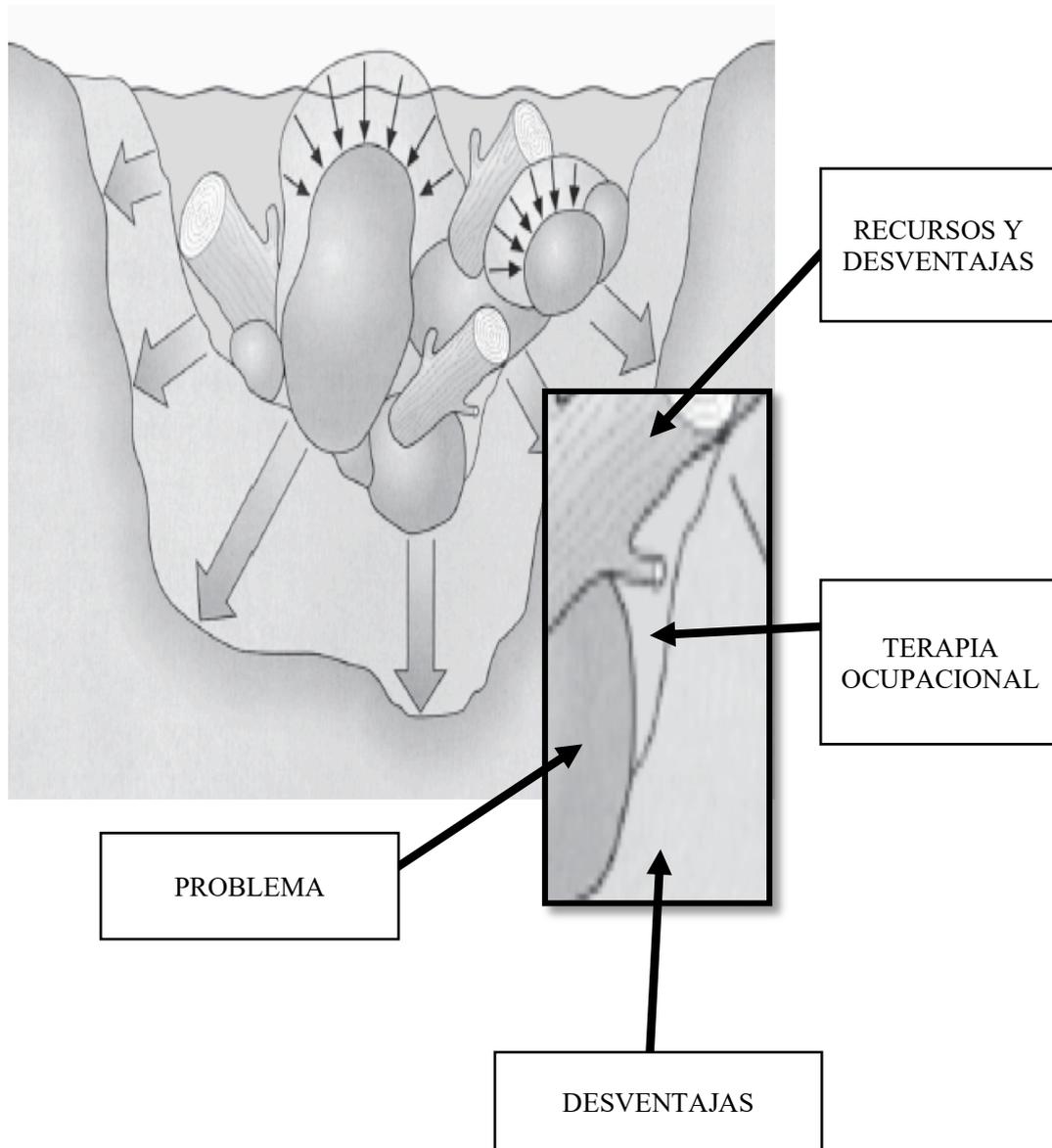
Así, el agua (mizu) representa la energía o flujo vital del sujeto, y es justamente el espacio de trabajo de los terapeutas ocupacionales. Por otro lado, si se atiende a la composición química del agua, ésta, es un elemento líquido que se adapta a la forma del recipiente, o lo que es lo mismo, el río adopta la forma que generan las paredes (kawa no soku heki) y el lecho del río (kawa no zoko), es decir, el contexto social (pared y lecho del río) influye en la armonía del individuo (16, 41, 65, 118).

En cuanto a los elementos que pueden alterar el flujo vital, están las rocas (iwas) y/o los troncos (ryuboky). Las primeras, en sí mismas o en combinación con otras, presionadas directa o indirectamente contra las paredes y/o lecho del río, impiden o dificultan la armonía. Las segundas, en cambio, hacen referencia a los atributos personales, tales como los valores, el carácter, la personalidad o los recursos materiales y no materiales que afectan de forma positiva o negativa al flujo vital (16, 41, 65, 118). Es decir, impiden o dificultan el flujo cuando se colocan en contra de las rocas y/o paredes del río y, por el contrario, lo facilitan, cuando colisionan rompiendo los obstáculos que dificultan el transcurso del mismo.

En lo referente a la intervención, es el “sukima” o el espacio entre las obstrucciones, donde los profesionales buscan la armonía del individuo mediante la coexistencia y la cooperación entre el yo y el contexto (16,41,65). Tan es así que, Iwama (118), autor del Kawa, relata que en el momento que existe una necesidad de armonía entre el yo y el contexto, existe la necesidad de la Terapia Ocupacional.

A nivel terapéutico, el modelo propuesto por Iwama (118), refleja el potencial inseparable del yo (“self”), con el entorno que le rodea, ofreciendo diversos puntos de actuación dentro del “sukima”. Que, a su vez, desafían al terapeuta, que debe diseñar intervenciones que atiendan las necesidades de la persona y/o comunidad de forma holística, mediante la coexistencia y la cooperación del todo lo que le rodea (6, 16, 40, 41, 65, 115, 118).

Lo cual, y debido al gran impacto que tiene el contexto en el yo y viceversa, es necesario el desarrollo de una Terapia Ocupacional culturalmente segura y significativa (110, 118), donde los profesionales sean conscientes de los múltiples significados asociados al pilar de la profesión, a la ocupación, así como en qué forma se relaciona la persona y/o grupo en relación con el entorno, si éstas lo hacen bajo una visión individualista, o, por el contrario, optan por la armonía y la interdependencia que aumentan el sentimiento de pertenencia.



**Figura 4.** Elementos del Modelo Kawa.

Fuente: A partir de "El modelo Kawa (Río)" (62) y "The Kawa model: Culturally Relevant Occupational Therapy" (115).

- **Perspectiva política de la Terapia Ocupacional: Justicia Ocupacional, transformación y cohesión social.**

Tal y como se ha expuesto, los terapeutas ocupacionales, desde el origen de la profesión, en 1917 (4), con la finalidad de favorecer la inclusión de personas y grupos en la comunidad, diseñan y llevan a cabo intervenciones a través de la elección, acceso y participación en ocupaciones significativas (27, 35, 45, 62).

Lo cual, esta reflejado en la participación de los fundadores de la disciplina en los movimientos de la reforma social de la época (118), con el fin de defender los derechos de los trabajadores, crear nuevas instituciones y/o estructuras con alianzas interdisciplinarias entre las ciencias sociales y la biomedicina, y fomentar una sociedad más democrática constituida por diferentes clases, etnias y grupos culturales, promoviendo el desarrollo individual y el bien común de la población (32, 120).

A pesar de ello, no es hasta el año 2006, cuando la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (121), visibiliza el derecho de escoger y participar en ocupaciones significativas. Decretando así, el vínculo entre los derechos humanos y la ocupación humana, siendo responsabilidad del terapeuta identificar y abordar las situaciones de injusticia ocupacional (Tabla 3) que interfieren en el bienestar de la persona y/o comunidad.

Autores como Pollard (12, 15, 36, 122), Kronenberg (12, 36, 66, 123) o Guajardo (17, 123, 124, 125), ponen especial énfasis en reivindicar, tanto en la teoría, pero sobre todo en la práctica, la perspectiva política de la Terapia Ocupacional, ya que, a través de la misma, se reproducen o se transforman las diferentes formas de construir la vida social, brindando a los terapeutas la oportunidad para innovar, concienciar y evolucionar de acuerdo a la realidad que experimentan los individuos, grupos y/o comunidades del mundo global.

*Tabla 3. Conceptos relacionados con la injusticia ocupacional.*

---

**CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA INJUSTICIA OCUPACIONAL**

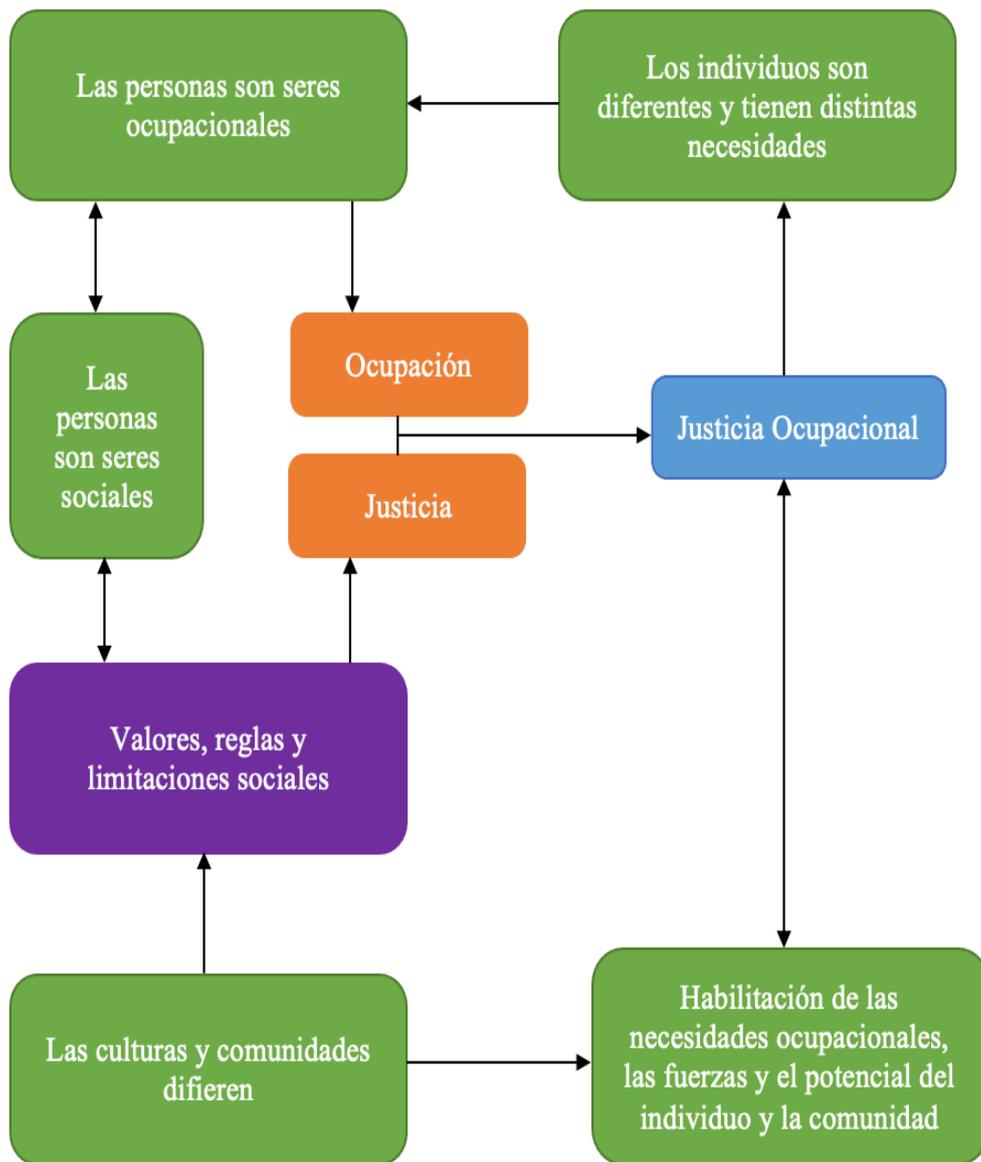
---

<b>Apartheid ocupacional</b>	Se produce en situaciones donde las oportunidades de implicarse en ocupaciones se conceden a algunos individuos y se restringen a otros en base a sus características personales (12,36).
<b>Marginación ocupacional</b>	Exclusión de la participación en ocupaciones en base a la existencia de normas y expectativas no explícitas que dictan quien debería participar en ocupaciones, cómo, cuándo, dónde etc. (35)
<b>Privación ocupacional</b>	Prolongada exclusión en participación en ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores que son externos al control de la persona (94)
<b>Alineación ocupacional</b>	Experiencias prolongadas de desconexión, vacío y aislamiento, falta de sentido de identidad, de expresión o de sentido en lo que hacen (35)
<b>Actividades políticas de la vida diaria (ApVD)</b>	Actividades de la vida diaria que dependen de recursos y/u oportunidades sociales y facilitan la participación ocupacional conforme los derechos de la persona (36).

---

*Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas en la tabla.*

Así, la principal contribución en relación con los derechos humanos, esta relacionada con el termino de justicia ocupacional (18, 35, 37, 101, 103, 125), que surge con el objetivo de visibilizar las injusticias que experimentan las personas y colectivos al sufrir una privación, desequilibrio y/o alineación ocupacional que, a su vez, conlleva a una restricción en la elección y participación en actividades propositivas (Figura 5).



*Figura 5. Aproximación al concepto de justicia ocupacional.*

*Fuente: A partir de "Occupational Justice: Occupational Terminology Interactive Dialogue" (35).*

Por lo consiguiente, la intervención centrada en promover la elección y desarrollo de ocupaciones significativas, implica reconocer a las personas como seres ocupacionales con deseos únicos y garantizar el acceso en igualdad de condiciones a una variedad de actividades propositivas que, a su vez, contribuyen positivamente al bienestar personal y comunitario.

Precisamente, Kronenberg y Zemke (126), ante la necesidad del desarrollo de prácticas efectivas en lo relacionado con la teoría de justicia ocupacional, proponen el Modelo de Transformación Social de Terapia Ocupacional. Donde además de establecer lazos con otras disciplinas que intervienen con el objetivo de velar por la justicia social, manifiestan la necesidad de que los terapeutas alcen la mirada del pensamiento mecanicista y adquieran ciertas competencias, como el conocimiento y la habilidad para participar de forma efectiva en situaciones de conflicto, tratando de responder a las verdaderas necesidades de la población.

Asimismo, en concordancia con la declaración de UNESCO de 2005 (127), en el que se defienden los derechos de todos los seres humanos, independientemente de sus creencias y saberes, y debido al cuestionamiento de los supuestos universales de la bioética, se plantea el enfoque de la Bioética de Intervención (112). Ésta, aunque a priori no está relacionada con la perspectiva política de la Terapia Ocupacional, al perseguir la transformación social mediante la búsqueda de políticas equitativas que producen cambios tanto a nivel individual como colectivo, lleva implícito garantizar la elección y participación en actividades, por lo que hace referencia a la ya mencionada justicia ocupacional (35).

Por ende, las diferentes teorías que engloban la perspectiva política de la Terapia Ocupacional, plantean un abordaje centrado en capacitar a las personas, grupos, y/o comunidades, a través del empoderamiento fomentado por la transferencia de conocimiento, participación y la autonomía en la toma de decisiones sobre las acciones que conciernen su vida diaria, siendo la justicia

ocupacional el promotor de la transformación y cohesión social hacia la búsqueda y creación de un mundo más justo, equitativo e inclusivo.

- **Las terapias ocupacionales del sur**

Atendiendo a las narraciones de Santos (128), el sur, hace referencia a una metáfora que identifica el sufrimiento sistemático vivido por gran parte de la población mundial, a causa del capitalismo, colonialismo y patriarcado. Así, los puntos cardinales, determinan las formas de vivir, ser y estar. Siendo el norte, el que establece las formas dominantes y hegemónicas, y el sur, la periferia, el dominado, lo excluido, lo inferior.

Según Hammell (129), en lo relacionado con la Terapia Ocupacional, la terapia del norte, es el conocimiento angloparlante, producido por hombres y mujeres de raza blanca, de clase media urbana y de religión judeocristiana. En otras palabras, la terapia dominante del norte, proviene de países con pensamiento eurocéntrico, particularmente de Inglaterra y Estados Unidos, con una ideología neoliberal (124, 130, 131, 132). Lo cual, implica que las teorías y modelos de la Terapia Ocupacional estén dirigidas a favorecer el individualismo, la competencia, la productividad y la autorrealización.

Sin embargo, las terapias ocupacionales del sur (TTOO), son aquellas que están al servicio de los comúnmente conocidos como excluidos y/o marginados, con el propósito de transformar las condiciones de opresión y dominación (133).

La perspectiva social de la TTOO tiene su origen en los años 70 en Brasil (134), como respuesta al capitalismo, la desigualdad y la pobreza del país. Permitiendo a los terapeutas reflexionar sobre la relación entre el capitalismo y los problemas sociales.

En relación a ello, y con el fin de comprender la visión social de las TTOO, se establecen tres consideraciones fundamentales, que principalmente hacen referencia a conocer el modo en el que las personas experimentan sus vidas (134), asumir que el problema está en la falta de acceso a los derechos y a la participación en la vida social y política (22, 136), y que, por lo tanto, la intervención desde Terapia Ocupacional tiene que generar acciones individuales y/o colectivas que permitan a los sujetos, grupos y/o comunidades el acceso a los derechos, y contribuir así, en la erradicación de la desigualdad social (19).

Por lo tanto, los derechos humanos y la perspectiva política tienen especial relevancia en las terapias ocupacionales del sur, no solo por las tres premisas mencionadas anteriormente, sino porque la ocupación en sí misma tiene una naturaleza política (36, 123) y las acciones de la terapia han de estar dirigidas a transformar las condiciones de exclusión, malestar e injusticias, con el fin de construir un mundo más digno y justo de manera colectiva y cooperativa.

Considerar, por lo tanto, esta visión colectiva y no meramente desde la acción individual, implica reflexionar sobre la ocupación con un carácter transformador ante las condiciones sociales y materiales que producen el capitalismo neoliberal. A su vez, hablar de ocupaciones, reivindica la pluralidad y la diversidad en contraposición a la pretensión universalista de las perspectivas del norte.

Por lo tanto, hablar sobre las ocupaciones colectivas es reivindicar y rescatar lo ancestral, la colaboración y el apoyo mutuo, produciendo una descolonización del conocimiento y atendiendo a los sujetos, colectivos y comunidades, que históricamente han sido sometidos por el imperialismo, patriarcado y capitalismo.

Es por ello, y debido a la construcción del conocimiento descolonizante generado a través de la práctica de distintos saberes, de lo experimental, lo

intuitivo y de sentido común (131, 132), las TTOO apuestan por la interculturalidad como construcción social que se enfrenta a las políticas que excluyen y discriminan a comunidades y colectivos, o que niegan su existencia (137).

Por ende, numerosos autores, en los que destaca Guajardo (123, 124, 125), afirman que la ocupación a través de la interculturalidad puede convertirse en agente de cambio social hacia un mundo más justo y equitativo, siempre y cuando los profesionales adquieran una visión más amplia y holística de las personas y/o comunidades.

- **La Terapia Ocupacional Comunitaria**

Tal y como se ha expuesto, la diversidad cultural de las personas que acuden a los servicios socio sanitarios y por lo tanto a Terapia Ocupacional (7, 8, 87), plantea asumir enfoques terapéuticos que consideren el potencial de la ocupación no solo para llevar a cabo abordajes individuales, sino también para promover la cohesión social (36, 103, 108).

Así, como profesión socio sanitaria, la Terapia Ocupacional esta influenciada por las diversas teorías sobre la salud y enfermedad. Por un lado, la conceptualización de la salud como ausencia de patología y/o discapacidad, por otro lado, el planteamiento de la salud como capacidad de adaptación personal y, por último, la salud como resultado de la equidad y oportunidad social (5).

La primera, es propia del modelo biomédico (5, 25, 33), en el que se utiliza la actividad como medio para mejorar las capacidades deterioradas, independientemente si es o no significativa para la persona (33, 46, 113). La segunda, precisamente surge como propuesta frente al análisis crítico del modelo anterior, donde la habilidad de la persona para afrontar los cambios es considerada como el pilar fundamental de la intervención (25, 27). De hecho, este

planteamiento es crucial para recuperar la ocupación como pilar central de la Terapia Ocupacional, y como consiguiente, comprender la relación dinámica entre la persona, ocupación y entorno (4, 46, 55, 69). Por último, la visión de la salud como resultado de la equidad y oportunidad social (57), con el objetivo de garantizar un acceso equitativo de toda la población a los servicios sanitarios (5, 52), considera la influencia que tienen las características sociales y las condiciones económicas, culturales y medioambientales en el estado de salud de la ciudadanía (8, 36), fomentando así la salud comunitaria.

En relación con ello, uno de los principales fundamentos de la Terapia Ocupacional sostiene que la ocupación influye en la salud y bienestar (4, 25, 27) y como consiguiente, la elección y/o participación en ocupaciones significativas (35, 68), la privación ocupacional o la falta de acceso a los recursos sanitarios, tienen un impacto en la salud de las personas, grupos y/o comunidades (49, 62). Por lo tanto, es necesario un abordaje holístico de la salud ocupacional que trascienda al modelo biomédico e incorpore los determinantes sociales de la salud, la participación y los derechos humanos como aspectos clave para entender y abordar la realidad de la población (5, 33, 35, 36, 56, 138).

Así, la Terapia Ocupacional Comunitaria, se concibe como un proceso continuo, dinámico y participativo, influenciado por las características particulares de cada sociedad (20), con el objetivo de promover la salud ocupacional de todas las personas y/o grupos. De este modo, bajo esta perspectiva, se propone realizar intervenciones en, con, y desde la comunidad (Figura 6) que, a su vez, están influenciados por la Práctica Centrada en el Cliente (PCC) (20, 139, 140), la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) (20, 139, 140) y el Movimiento de Vida Independiente (MVI) (20, 143, 144) (Tabla 4).



*Figura 6. Continuo de intervenciones de Terapia Ocupacional Comunitaria.  
Fuente: A partir de "Terapia Ocupacional Comunitaria" (20).*

○ **Terapia Ocupacional en la comunidad**

La Terapia Ocupacional en la comunidad (20), surge con el objetivo de mejorar el acceso y la participación ocupacional de todos los miembros de la comunidad, siendo la sociedad, participe y protagonista en todo el proceso.

Este enfoque, está influenciado por el modelo de Práctica Centrada en el Cliente (139, 140), que se constituye con el objetivo de dar respuesta a las desventajas planteadas por el modelo biomédico.

Así, a partir del año 1977, periodo en el que se desarrolla la atención centrada en el cliente, la disciplina pone especial énfasis en la ocupación y en el desempeño ocupacional (26, 27). Siendo el rol del terapeuta crear un entorno de confianza y apoyo, ofreciendo a la persona y/o grupo la oportunidad de utilizar las capacidades y habilidades para resolver problemas y alcanzar sus objetivos (1, 26, 27).

De este modo, la aplicación de una perspectiva centrada en la PCC, requiere un cambio estructural del sistema de salud, donde se da respuesta a las necesidades de las personas y no centrar la atención en los objetivos de los profesionales (145, 146).

○ **Terapia Ocupacional con la comunidad**

La Terapia Ocupacional con la comunidad pretende ir más allá, y no solo centrar su atención en las personas con discapacidad o que experimentan situaciones de inferioridad y/o desigualdad, sino otorgar una relevancia especial al contexto, a las barreras y a las políticas públicas de la sociedad (20, 141).

Por lo tanto, está claramente influenciado por el modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad (141, 142), que se considera una estrategia de desarrollo

comunitario para la rehabilitación, la equidad de oportunidades y la inclusión social de toda la población.

Tan es así, y teniendo en cuenta que la principal finalidad del RBC es favorecer la correcta distribución de los recursos de la sociedad. Ésta, requiere desarrollar un abordaje de intervención que considera e implica a las familias y/o personas cercanas, organizaciones, servicios gubernamentales y no gubernamentales y las características de la comunidad en el proceso terapéutico (20, 141, 147).

Siguiendo los planteamientos de este modelo, la intervención de Terapia Ocupacional lleva implícito centrar la atención en la participación (147), que se considera un valor ético a la vez que una estrategia de acción, en el empoderamiento o el reconocimiento del poder de todos los actores de la comunidad (20, 141, 142, 147), en la democracia, entendida como una política de reconocimiento del otro, y en el desarrollo local y comunitario, que se lleva a cabo mediante los procesos de inclusión y sensibilización de la sociedad.

Por lo consiguiente, y de acuerdo al documento relacionado con los principios básicos de la RBC, publicado por la WFOT (148, 149), los terapeutas están comprometidos con los derechos de las personas, favorecen el desarrollo comunitario y apoyan a los clientes (personas y/o comunidades) en la búsqueda de recursos necesarios para fomentar las oportunidades ocupacionales de todos los miembros de la sociedad, creando e impulsando así, comunidades más inclusivas, y construyendo la identidad personal a través de la ocupación.

○ **Terapia Ocupacional desde la comunidad**

Este último enfoque de la Terapia Ocupacional Comunitaria (20), plantea el desarrollo social como principal objetivo de la intervención, en el que las personas que experimentan situaciones de desigualdad tienen el poder y derecho de tomar decisiones con respeto a los asuntos que conciernen su vida diaria.

Precisamente el fin del Movimiento de Vida Independiente (143, 144) consiste en entender la discapacidad o las situaciones de desventaja como el resultado de la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a las necesidades que plantean sus habitantes. Lo cual, conlleva implícito un conjunto de servicios comunitarios liderados por personas con discapacidad o en situación de desventaja a favor de los derechos humanos que abogan por la libertad para participar plenamente en la comunidad (150).

Por lo tanto, la Terapia Ocupacional desde la comunidad y el MVI (20, 143, 144), plantean una perspectiva novedosa, basada en los derechos humanos y civiles (150), en la autodeterminación, en la igualdad de condiciones y en el apoyo mutuo, en el que se requiere una transformación del marco institucional, político y social, con la finalidad de favorecer la participación como ciudadanos de pleno derecho a todas las personas de la sociedad (151, 152).

Por ende, el enfoque de la Terapia Ocupacional Comunitaria, además de ofrecer una atención holística, favorece la accesibilidad a los servicios comunitarios a todos los miembros de la sociedad, y considera, atiende y da voz a las personas que viven en situaciones de desventaja, que históricamente y sistemáticamente han sido situados al margen, omitiendo el derecho a participar dignamente tanto a nivel individual como comunitario.

*Tabla 4. Teorías que influyen en la Terapia Ocupacional Comunitaria.*

---

<b>TEORÍAS</b>	<b>POBLACIÓN DIANA</b>	<b>EN QUÉ CONSISTE</b>
<b>PRACTICA CENTRADA EN EL CLIENTE (PCC)</b>	Personas que experimentan situaciones de desventaja y su entorno más próximo (familiares, amigos cercanos...).	Crear un entorno de confianza para que la persona optimice sus habilidades capacidades y alcanzar sus objetivos terapéuticos.
<b>REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC)</b>	Personas que experimentan situaciones de desventaja y la comunidad.	Favorecer oportunidades para la inclusión de todas las personas en la comunidad, es por ello, por lo que la intervención habitualmente se centra en el desarrollo comunitario.
<b>MOVIMIENTO DE VIDA INDEPENDIENTE (MVI)</b>	Centrado en la comunidad y liderado por las personas que experimentan situaciones de desventaja.	Movimiento a favor de los derechos humanos que velan por la participación plena de todos los ciudadanos, independientemente de su condición, en la comunidad.

---

*Fuente: a partir de "Terapia Ocupacional Comunitaria" (20).*





**SEGUNDA PARTE: ESTUDIO  
EMPÍRICO**





## **2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**



*Si das pescado a un hombre hambriento lo  
nutres durante una jornada. Si le enseñas a pescar,  
le nutrirás toda su vida.*

**Lao Tsé**

A pesar de que la “World Federation of Occupational Therapist” consta de 105 organizaciones alrededor del planeta (153), la diversidad cultural que caracteriza el mundo actual invita a cuestionar la presunta universalidad de las asunciones teóricas y prácticas de la Terapia Ocupacional (21), y si éstas, son culturalmente sensibles o si, por el contrario, el conocimiento generado en países dominantes impone sus saberes, ocultando otras creencias, conocimientos y/o formas de vida (6, 8, 11, 13, ,16, 115).

En relación con ello, la presente tesis plantea reconsiderar los conocimientos vinculados con la Terapia Ocupacional, fomentar y dar visibilidad a la ocupación como agente de transformación social, y como consiguiente, seguir el camino hacia un mundo mas justo, equitativo e inclusivo, haciendo hincapié en el derecho a participar en actividades significativas.

Es más, los retos y oportunidades planteados en ambos contextos de actuación, Marruecos y Perú, fomentan el intercambio de conocimientos, saberes y praxis, y como consiguiente, promueve el análisis crítico de la Terapia Ocupacional (21) que, a su vez, incentiva el desarrollo de una disciplina culturalmente sensible y significativa, promoviendo la inclusión de las personas y/o grupos en la sociedad (86, 89, 100).

Para ello, durante el proceso del estudio, y teniendo en cuenta una de las principales premisas de la autora, que hace referencia a no invadir el contexto sociocultural, sino generar una red donde se compartan los conocimientos y

vivencias, se han tenido en cuenta las estrategias y consideraciones que ofrecen la etnografía doblemente reflexiva (154) y la Investigación Acción Participativa (IAP) (155, 156).

Mientras que la etnografía doblemente reflexiva (154), alude una diversificación de conocimiento, siendo a su vez, un instrumento metodológico y reflexivo que plantea un intercambio entre los saberes antropológicos y epistemológicos generados por los expertos académicos y las creencias de las personas locales, la Investigación Acción Participativa (155, 156), se considera una herramienta orientada a la transformación social, basada en el dinamismo generado mediante el diálogo entre las comunidades e investigadores. Siendo, según Garrido, Luque y García (157), eficaz para promover la autodeterminación de las personas, grupos y/o comunidades, así como la justicia ocupacional y el bienestar de todos los miembros de la sociedad. Considerándose así, un medio para hacer frente a los retos que plantea el mundo contemporáneo.

La originalidad de la presente investigación reside en cuestionar los postulados teóricos y prácticos de la Terapia Ocupacional, para dar visibilidad a aquellas terapias descolonizantes (12), que favorecen el desarrollo y planificación de intervenciones culturalmente sensibles. Impulsando así, el desarrollo de una Terapia Ocupacional transformadora (15, 126), que vela por la justicia ocupacional (35) de todos los ciudadanos y actúa teniendo en cuenta las características del presente, del aquí y ahora del mundo global.

Así, y a pesar de que, en los últimos años se ha avanzado notablemente en la visibilidad de la Terapia Ocupacional, es preciso que los propios terapeutas, reconozcan y valoren la potencialidad de la profesión en relación con la transformación social. Es más, Townsend, en su libro "Enabling Occupation: an occupational Therapy Perspective" (102), con el fin de que las personas y/o grupos, independientemente de su potencial ocupacional, puedan participar

dignamente en sus comunidades, propone realizar un análisis crítico de los postulados teóricos de la disciplina.

La misma autora (102), confirma que los terapeutas, aunque estemos desafiados al activismo social, de poco sirve repetir y reivindicar conceptos como justicia ocupacional, empoderamiento o cambio social, si ese discurso no esta acompañado con una praxis que recoja dichos principios tan poderosos.

De este modo, atendiendo a las reflexiones de Simó (43, 96, 97), la Terapia Ocupacional ha de revelarse de forma inteligente, comprendiendo su potencial transformador y conociendo y siendo consciente de su contexto de actuación e involucrando sus teorías y praxis en la comunidad (20). Ya que ésta, corresponde al entorno real de las personas y/o grupos, donde los profesionales, tienen el desafío de comprender valores como la terapia centrada en la persona, la justicia ocupacional y la equidad, pero, sobre todo, el deber de ponerlo en práctica desde la realidad del mundo actual, y del contexto real de las personas y/o grupos.

Por lo tanto, la presente investigación, pone de manifiesto el vínculo entre la academia y práctica de las terapias ocupacionales, y la necesidad de desarrollar e incorporar conocimientos basados en la praxis mediante la consideración de las narrativas de personas de diferentes saberes y/o contextos culturales.

Esto, a su vez, está estrechamente relacionado con las narrativas de Sousa (71), que, frente a la diversidad cultural, lejos de la universalización, plantea una hermenéutica diatópica, donde independientemente de los saberes arraigados a las culturas, mediante el diálogo entre las mismas, dejando atrás los prejuicios y buscando características similares, la interculturalidad, plantea construir puentes y trabajar conjuntamente hacia un mundo más justo, inclusivo y equitativo.

Por ende, la presente tesis doctoral, realizada mediante la etnografía doblemente reflexiva (154) y la Investigación Acción Participativa (155, 156, 157),

propone, además de la necesidad de incorporar y adaptar las teorías a los contextos socioculturales de actuación, poner de manifiesto el poder transformador de las terapias ocupacionales para el desarrollo de un mundo donde las personas y/o grupos, independientemente de su condición, puedan participar dignamente en la sociedad, haciendo alusión así a Townsend (102) y su desafío con el activismo social.







### **3. OBJETIVOS E HIPOTESIS**



### **3.1. Objetivos**

*El hombre moderno vive bajo la ilusión de saber lo que quiere, cuando, en realidad, desea únicamente lo que se supone (socialmente) ha de desear. Saber lo que uno realmente quiere no es cosa tan fácil como algunos creen, sin que representa uno de los problemas más complejos que se enfrentan al ser humano.*

**Erich Fromm**

El objetivo general de la presente tesis es analizar el impacto del desarrollo de actividades con propósito en la salud y bienestar desde una perspectiva intercultural en el desarrollo de programas comunitarios.

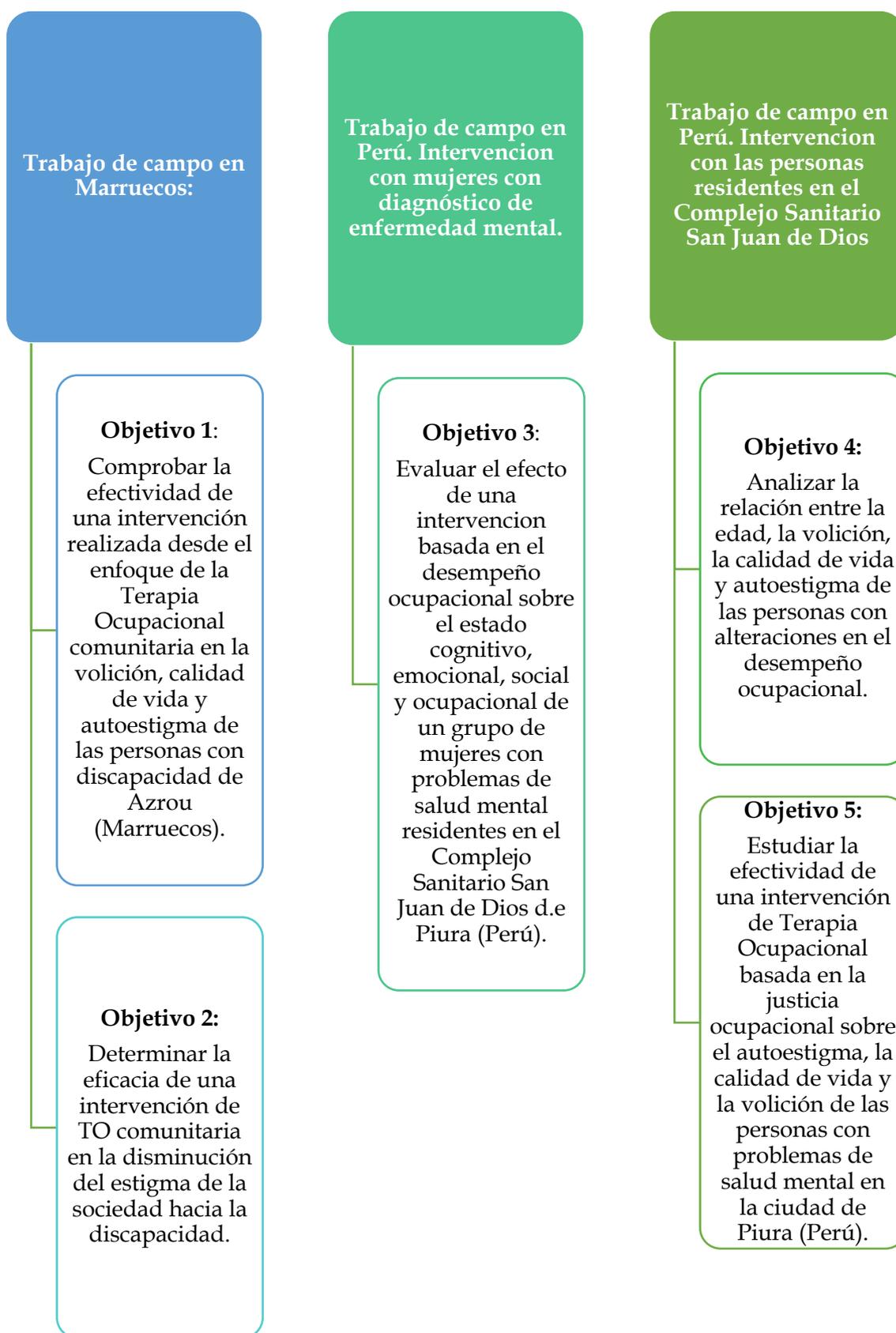
De acuerdo con el objetivo principal, se plantean los siguientes objetivos específicos que, a su vez, corresponden con los objetivos de los trabajos de campo realizados (Figura 7).

1. Comprobar la efectividad de una intervención realizada desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria en la volición, calidad de vida y autoestigma de las personas con discapacidad de Azrou (Marruecos).
2. Determinar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional comunitaria en la disminución del estigma de la sociedad hacia la discapacidad.

3. Evaluar el efecto de una intervención basada en el desempeño ocupacional sobre el estado cognitivo, emocional, social y ocupacional de un grupo de mujeres con problemas de salud mental residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú)

4. Analizar la relación entre la edad, la volición, la calidad de vida y autoestigma de las personas con alteraciones en el desempeño ocupacional.

5. Estudiar la efectividad de una intervención de Terapia Ocupacional basada en la justicia ocupacional sobre el autoestigma, la calidad de vida y la volición de las personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú).



*Figura 7. Relación entre los objetivos propuestos y los estudios presentados.  
Fuente: Elaboración propia*

### 3.2. Hipótesis

*Nosotros debemos pensar que somos una de  
las hojas de un árbol, y el árbol es toda la  
humanidad. No podemos vivir los unos sin los  
otros, sin el árbol.*

**Pau Casals**

A su vez, de acuerdo a los objetivos mencionados se proponen las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 1:** Existirán diferencias antes y después de realizar una intervención desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria, en concreto desde la perspectiva de en, con y desde la comunidad, en la volición, calidad de vida, conciencia del estigma y desempeño ocupacional de las personas con discapacidad.
- **Hipótesis 2:** Existirán diferencias en el estigma que tiene la sociedad hacia la discapacidad y las personas con discapacidad antes y después de realizar una intervención desde el enfoque comunitario.
- **Hipótesis 3:** Existirán diferencias en el estado cognitivo, emocional social y ocupacional tras una intervención basada en el desempeño ocupacional en las mujeres con diagnóstico de enfermedad mental.

- **Hipótesis 4:** Existirá una relación entre la edad de los participantes, la volición, la calidad de vida y autoestigma de las personas con alteraciones en el desempeño ocupacional.
  
- **Hipótesis 5:** Existirán diferencias en la calidad de vida, autoestigma, volición y desempeño ocupacional de las personas con problemas de salud mental antes y después de realizar una intervención basada en la justicia ocupacional.





#### **4. CONTEXTOS DE ESTUDIO**



*El hombre es dueño de su destino y su destino es la tierra y él mismo la está destruyendo hasta quedarse sin destino.*

**Frida Kahlo**

Para la realización de los estudios presentados como resultados de la presente tesis doctoral, se han tenido en cuenta la información recopilada en los diferentes trabajos de campo llevados a cabo en Azrou y alrededores (Marruecos) y en Piura (Perú) (Figura 8).

El principal motivo para seleccionar los contextos de estudio, está estrechamente relacionado con la participación y colaboración de las contrapartes locales (158, 159) para analizar y llevar a cabo intervenciones de Terapia Ocupacional mediante actividades significativas personales y culturales, fomentando así, la inclusión de las personas y/o grupos en la comunidad.

Así, la elección de los contextos de estudio, se debe principalmente a la posibilidad de encontrar financiación, tanto para el viaje, como para la estancia y para el desarrollo de los proyectos (Tabla 5), llevados a cabo por la Organización No Gubernamental para el Desarrollo (ONGD) en el caso de Marruecos (158) y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Perú (159). Con las que se sigue colaborando como terapeuta ocupacional, realizando funciones de coordinación, formación, diseño, investigación y puesta en marcha de “Plan Individualizado de Rehabilitación” (PIR) a los/las beneficiarios/as.

El interés para poner en común los resultados de ambos países, reside en comprobar, cómo un planteamiento bajo la perspectiva de la Terapia Ocupacional intercultural, guiada en función de las actividades significativas personales y culturales de las personas y/o grupos interesados, reduce el estigma

de la sociedad hacia el colectivo, y favorece la inclusión de estas personas en la comunidad, independientemente del contexto, cultura, religión y las características propias donde se lleve a cabo la intervención.

Los proyectos, se llevan a cabo en sociedades rurales de América Latina (Piura-Perú) y África (Azrou-Marruecos), ambos caracterizados por la diversidad de gente, etnias y contextos que se desarrollan bajo distintas experiencias coloniales. En el caso de Piura, bajo el imperio colonial español, con una gran influencia de la religión católica y, por otro lado, Marruecos, con el colonialismo de Gran Bretaña y Francia, con una influencia religiosa menos intensa, en la que se mantienen las creencias arraigadas a la religión local, el islam.



*Figura 8. Ubicación de los trabajos de campo.  
Fuente: elaboración propia.*

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*

*Tabla 5. Proyectos y funciones realizados en los trabajos de campo.*

PROYECTO	PAÍS/AÑO	FUNCIONES DESARROLLADAS
<b>Identificación de actividades significativas personales y culturales de la comunidad.</b>	Sidi Addi (Marruecos) 2016	-Identificar y aprender las ocupaciones seleccionadas
<b>Análisis de la influencia de las características ambientales y sociales en la volición en la población juvenil.</b>	Commune Tigrigra (Marruecos) 2017	- Coordinadora del proyecto -Identificar las características sociales y ambientales que interfieren en el desarrollo de actividades significativas. -Establecer relaciones con representantes locales.
<b>Proyecto de rehabilitación e inclusión para personas con discapacidad.</b>	Azrou (Marruecos) 2018	-Coordinadora del proyecto. -Difundir las funciones del "Complexe" en la comunidad. -Capacitar al personal responsable de llevar a cabo los talleres ocupacionales. -Diseñar y llevar a cabo intervenciones propias de la Terapia Ocupacional. -Desarrollar oportunidades de participación comunitaria favoreciendo la equidad y justicia social. -Sensibilizar a la sociedad, luchar contra el estigma social y elaborar propuestas inclusivas.
<b>Terapia Ocupacional desde la comunidad. Empoderamiento de las personas con discapacidad.</b>	Azrou (Marruecos) 2019	-Coordinadora del proyecto. -Difundir el proyecto en medios locales. -Establecer lazos con las autoridades locales. -Defender y reivindicar los derechos fundamentales de las personas con discapacidad.
<b>Identificación y puesta en marcha del servicio de Terapia Ocupacional en el Centro de Día para promoción y tratamiento de la Salud Mental en Piura.</b>	Piura (Perú) 2019	-Coordinadora del proyecto. -Capacitar al personal responsable de llevar a cabo los talleres ocupacionales. -Proteger a la persona con diagnóstico de Salud Mental asegurando la promoción y desarrollo de sus derechos. -Difundir las funciones del Centro de Día. -Diseñar y llevar a cabo intervenciones propias de la Terapia Ocupacional. -Sensibilizar a la sociedad, luchar contra el estigma social y elaborar propuestas inclusivas.

*Fuente: Elaboración propia.*

#### **4.1. Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos)**

*No hay presente: todos los caminos son  
recuerdos o preguntas.*

**Miquel Martí i Pol**

Marruecos o el Reino de Marruecos (160), también conocido como “la tierra de Dios” (Murakuč) en bereber, consta de una superficie de 446.550 km<sup>2</sup> y una población total de en torno 35 millones de personas. Los cuales, están divididos en 12 regiones en las que destaca Fez-Meknes, donde se sitúan las localidades del estudio.

El Reino de Marruecos, situado al noroeste del continente africano, bordeado por el Mar Mediterráneo al norte y el Océano Atlántico al oeste, se caracteriza por su variedad de agentes geográficos, tales como su litoral marítimo, el desierto y la cordillera del Atlas. Esto, a su vez, hace que, dentro del Reino, exista una diversidad de agentes climáticos, tales como, temperaturas extremas, muchas precipitaciones, nieve o sequía, que influyen y determinan la vida de los habitantes.

En los últimos años, Marruecos ha experimentado un crecimiento de la población, situándolo con una densidad de 80 habitantes/km<sup>2</sup>. Lo cual, se debe principalmente al aumento de la esperanza de vida, 77,3 años de media, y al aumento de la tasa de natalidad, 17,5% (160, 161).

El Producto Interior Bruto (PIB) es de 3.137 US\$, de los cuales, 13,6% corresponden al sector de agricultura y pesca, 29,3% a la industria, construcción y manufacturas, y 57,1% a los servicios (160).

En relación con ello, cabe destacar que la economía marroquí se caracteriza por su dualidad entre el sector tradicional (agricultura y servicios) y el sector industrial (161). Siendo el primero, el que produce una gran dependencia a la población con su contexto, y el segundo, el que engloba la actividad química, agroalimentaria, la industria textil o de cuero y, en la última década, el sector del automóvil y aeronáutico, en especial la plantación de Renault (160).

Así, las principales exportaciones que realiza el Reino de Marruecos (160), corresponden al sector automovilístico, los fosfatos y sus derivados, y productos agrícolas y textiles, destinados a España el 23,7%, a Francia el 22,3%, a Italia el 4,8% y a Estados Unidos el 4,3%. Por otro lado, y debido al déficit de energía del país, las importaciones que recibe corresponden con los derivados energéticos, tales como el gasoil, el gas de petróleo y otros hidrocarburos, siendo España (16,8%) y Francia (11,8%) los fundamentales importadores, seguidos de China (9,2%) y Estados Unidos (7,1%)

No obstante, y aunque en la última década, la economía cuenta con un importante potencial de crecimiento, principalmente debido al incremento del turismo en el Reino. Tan es así, que Marruecos es considerado el país más turístico de África (160), destacando Rabat, Casablanca, Marrakech, Tánger y Fez, donde se sitúan los tres escenarios del estudio: “Sidi Addi”, “Commune Tigrigra” y “Azrou. Existen factores que continúan limitando su desarrollo, en los que destacan la dependencia del sector agrícola, un alto nivel de economía informal, las bajas tasas de eficiencia, y el factor social, en la que sobresale el elevado nivel de desempleo, pobreza y analfabetismo (160).

En cuanto a la situación política, la Constitución del 2011 (162), supone un avance importante hacia la monarquía parlamentaria, donde el primer ministro, pasa a ser jefe del gobierno y se mantiene la posición del Rey, que además de ser comendador de los creyentes, adopta competencias ejecutivas, tales como las

fuerzas militares. Por ende, la forma del estado se resume en monarquía constitucional democrática, parlamentaria y social.

Cabe destacar que, aunque una gran mayoría de los residentes son practicantes del islam (99,4%), en capitales y/o grandes ciudades existe una variedad de practicas religiosas, en las que después de la religión mayoritaria, destacan la religión católica (0,4%) y la judía (0,1%) (160, 161).

Otra de las características, hace referencia a la diversidad lingüística que existe en el País, es decir, aunque los idiomas oficiales son el árabe clásico y el bereber, en gran parte del Reino es más conocido el árabe marroquí, que corresponde al conjunto de variedades de los diferentes dialectos. Así, en las zonas montañosas y en las regiones donde la cultura bereber toma especial relevancia, las lenguas más destacadas son el "rifeño", "tamazight" y "tachelhit". Por otro lado, el francés, corresponde a la lengua del comercio por excelencia, y en las ciudades donde residen hispanohablantes, como son Rabat y Casablanca, el castellano, convive con el árabe clásico (163).

En lo referente a los tres contextos de estudio, pertenecen a la provincia de "Ifrane" (164). No obstante, mientras que "Sidi Addi", es una localidad de 15 km<sup>2</sup>, con casi tres mil habitantes y una densidad de 193 personas/ km<sup>2</sup>, y la "Commune Tigrigra" tiene 517,1 km<sup>2</sup>, con una población de alrededor de 16.000 personas, siendo la media de edad de 26,9 años, 26,1 en el caso de los hombres y 27,6 en las mujeres, Azrou, es una ciudad de 36,3 km<sup>2</sup> con 63,208 habitantes, de los cuales 48% son hombres y 52% mujeres, con una media de edad de 29,8 años.

#### **4.2. Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú)**

*Si no escalas la montaña jamás podrás  
disfrutar el paisaje.*

**Pablo Neruda**

La República del Perú (165, 166), consta de una superficie de 1.285.216 km<sup>2</sup>, dividida en 24 departamentos, en las que destacan las ciudades de Lima, Piura, La Libertad, Arequipa, Trujillo, Cuzco, Chiclayo e Iquitos. El País, limita al norte con Ecuador y Colombia, al este con Brasil, al sureste con Bolivia, al sur con Chile y el Océano Pacífico y al oeste con el Océano Pacífico.

Según el Ministerio (167), en Perú, hay aproximadamente 32.824.358 personas censadas, siendo 24,8 habitantes/km<sup>2</sup> la densidad de población total. No obstante, y aunque en los últimos años, ha aumentado la esperanza de vida, con una media de 75,22 años, y una tasa de natalidad de 18,9 nacimientos por 1000 habitantes, es destacable el porcentaje registrado a partir del 2015 en relación con las mujeres que fallecen al dar a luz, con un 42% de muertes.

Por otro lado, la distribución de la población entre las áreas geográficas ha cambiado con el trascurso del tiempo, es decir, en la década de los cuarenta, predomina la población rural, representando el 60% de los habitantes. Sin embargo, en las décadas posteriores, sólo un 20% de los habitantes reside en las zonas rurales, siendo 8 de cada 10 habitantes del área urbana (165, 166, 167).

Así, el territorio peruano, se divide en tres regiones (166), costa, que destaca por ser una franja de 40 a 880km de ancho, sierra, constituida por los Andes que atraviesan el país del norte al sur, y selva o Amazonía, que representa un 62% del país y posee importantes reservas petroleras y de gas natural (166).

Por lo tanto, y aprovechando los recursos que ofrece la diversidad de las regiones, los bienes más exportados hacen referencia a productos mineros y pesqueros y al petróleo y sus derivados, siendo China (29,4%), Estados Unidos (12,4%), Canadá (5,2%) y Corea del Sur (4,9%) los países a los que más se transporta. Por el contrario, los productos más importados a la República, derivan la gran mayoría de Ecuador (22,5%) y Chile (13,8%), y son principalmente materias primas para la industria y la agricultura (165).

Otra de las características que deriva de la pluralidad de las regiones, hace referencia a la variedad de lenguas nativas (166). Existen alrededor de 48, en las que destacan el “quechua” y el “aimara”, que, en la vida diaria, coexisten con el castellano. No obstante, y a pesar de la diversidad, la religión predominante en toda la República es la católica (76%), seguida de la evangélica (14,1%) (165, 166).

En lo referente al empleo, a pesar de que la población activa ocupa el 77,6%, siendo los servicios (55,3%), la industria (15,3%) y la agricultura (27,4%) los sectores con más demanda, cabe resaltar la alta tasa de subempleo de la población juvenil registrada en los últimos años, el cual, oscila el 45% (165).

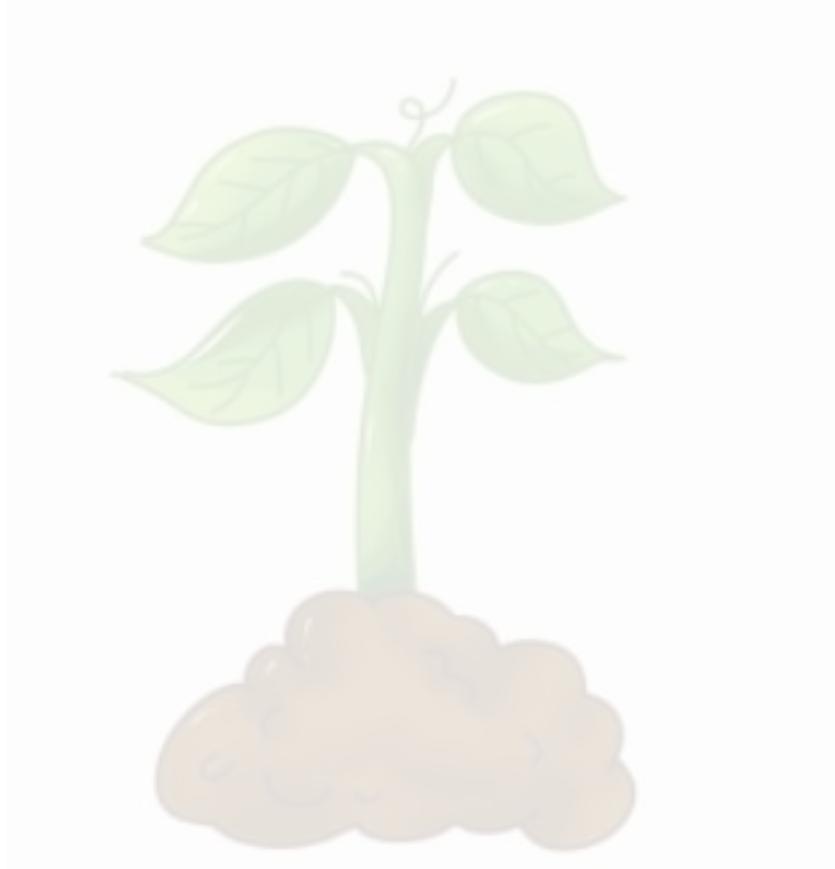
En relación con ello, Piura (168), localidad donde se lleva a cabo el estudio, es una de las principales zonas pesqueras del País, con una participación del 26% en la producción pesquera nacional, siendo el departamento con mayor presencia de pescadores artesanales, 30% del total nacional. Esto, junto a la minería, en concreto la extracción de fosfatos y petróleo, y la actividad agrícola, en base a cultivos como el arroz, mango, maíz, limón, plátano, trigo y café, corresponden a las principales actividades productivas del departamento.

Así, Piura corresponde a uno de los 24 departamentos del Perú (166, 168), situado al extremo noroeste del País, con 3.589 km<sup>2</sup>, el cual, equivale al 3,1% del territorio total de la República. A su vez, esta dividido en 8 provincias y tiene un total de 64 distritos, de las cuales el 41,5% corresponde al distrito de Piura, donde

se encuentra la capital, la ciudad de Piura, con una población equivalente al 6,3% del censo nacional.







**5. INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO  
CULTURAL DE AZROU Y ALREDEDORES  
(MARRUECOS)**



## 5.1. Características generales

*Las cosas no valen por el tiempo que duran,  
sino por las huellas que dejan.*

### Proverbio árabe

Los datos obtenidos para la realización del trabajo de campo en Marruecos, corresponden al periodo entre los años 2016-2019, ambos inclusive. Donde se realizan estancias en las localidades de “Sidi Addi”, “Commune Tigrigra” y “Azrou”. Lo cual, facilita conocer la realidad de muchas personas y su entorno más próximo, además de establecer una red de apoyo con los representantes y la población local.

El acceso al trabajo de campo, es facilitado por la ONGD “Asociación Felicidad Sin Fronteras” (FSF) (158), donde la investigadora, tiene la oportunidad de participar como voluntaria y posteriormente, hasta la actualidad, ser coordinadora de la misma.

No obstante, y aunque, la mayor parte de los técnicos de la contraparte y la población en general están familiarizados con la presencia de la autora de la tesis, el hecho de ser mujer y extranjera, dificulta y ralentiza algunas funciones para la intervención y observación directa del desempeño ocupacional. Sin embargo, el hecho de contar con un traductor local, así como un grupo de jóvenes que apoyan y acompañan en el proceso, es crucial para que la población muestre una actitud más abierta y disponible hacia la presencia de una mujer extraña en su sociedad.

Durante este trabajo de campo, el alojamiento es ofertado por FSF, alternando casas locales, escuelas y el mismo “Complexe”, compartiendo en todo

momento con coordinadores locales de la Asociación, y en ocasiones, con voluntarios/as de diferentes nacionalidades.

## 5.2. Selección de los participantes

*Necesitamos más luz el uno del otro.  
La luz crea comprensión, la comprensión  
crea amor, el amor crea paciencia y la  
paciencia crea unidad.*

**Malcolm X**

*“Efectividad de la intervención desde el enfoque de Terapia Ocupacional comunitaria y  
el trabajo en, con y desde la comunidad con personas con discapacidad en Azrou  
(Marruecos”) (Anexo I).*

En primer lugar, y mediante la participación en un programa de voluntariado de corta duración, se establece una relación con la Asociación Felicidad Sin Fronteras. Lo cual, permite a la investigadora conocer de primera mano la realidad de las personas con discapacidad. Es más, debido a este proceso etnográfico y a los encuentros con la población local, se decide junto a la junta directiva de la Asociación, incorporar una perspectiva comunitaria, atendiendo primero a la población general, para posteriormente realizar intervenciones eficaces y eficientes con las personas con discapacidad (20).

Así, los criterios para participar en la investigación son, ser beneficiario y/o estar en contacto con la Asociación Felicidad Sin Fronteras y residir en Azrou o en las localidades continuas. Siendo excluidas aquellas personas que no están vinculadas a la Asociación o que participan y/o colaboran con otras entidades no gubernamentales.

Correspondiendo así, a una muestra intencional, donde es preciso destacar que, la recogida de información se lleva a cabo en contextos familiares y

en horarios flexibles, adaptándose al contexto sociocultural e incentivando una relación equitativa y horizontal entre la investigadora y la población local.

A su vez, durante todo el proceso, se mantiene un contacto directo tanto con los directivos de la Asociación, como con los y las participantes y los representantes locales, y periódicamente, con el objetivo de visibilizar el trabajo realizado y garantizar la continuidad del mismo, se exponen los resultados a través de informes o reuniones presenciales.

### **5.3. Proceso de intervención**

*Vosotros, los europeos, tenéis los relojes,  
pero nosotros tenemos el tiempo.*

#### **Proverbio africano**

##### *5.3.1. Descripción general*

Las funciones desarrolladas en la Asociación, siguen la perspectiva de la Terapia Ocupacional comunitaria (20), más concretamente el trabajo en, con y desde la comunidad. Es por ello, por lo que las actividades realizadas se dividen en tres bloques.

En primer lugar, el trabajo en la comunidad, desarrollado en las localidades de “Sidi Addi” y “Commune Tigrigra”, consiste en participar y coordinar el proyecto de “Actividades Lúdico Recreativas” de FSF (158). Donde además de establecer vínculos con la población local, se aprovecha para estudiar la comunidad, prestando especial atención en cómo las características sociales y ambientales influyen en el desempeño ocupacional y en la selección y desarrollo de las actividades significativas de la población juvenil de Marruecos. Para ello, se observa el desarrollo de ocupaciones diarias, asistiendo a aquellos lugares que facilitan dicha tarea, como son el domicilio, el trabajo, la escuela, sitios de oración y culto, o lugares de ocio y tiempo libre.

Éste trabajo, además de facilitar la aceptación de la sociedad, sirve para acceder a las personas con discapacidad (trabajo con la comunidad). Tan es así, que, debido al auge de la Asociación, son muchas las familias que acuden al “Complexe Provincial des Personnes en situation d’Handicap” de “Azrou”, con el fin de solicitar información y evaluación para sus familiares y/o allegados. Es por ello, y aprovechando el alto interés por parte de la comunidad, se realizan sesiones de Terapia Ocupacional, tanto en las instalaciones del “Complexe”,

como en las calles de Azrou, involucrando no solo a la persona interesada, sino también a la familia, personas locales instituciones tanto publicas como privadas.

Simultáneamente, mediante el apoyo de la población local y con la llegada de los/las voluntarios/as en los meses de verano, durante el tiempo libre, se realizan campañas y acciones de sensibilización sobre la discapacidad, destinadas a las personas residentes en Azrou y alrededores. Estas actividades, dan visibilidad al desconocimiento y miedo que tiene la población sobre la discapacidad. Tan es así, que se decide atender a las inquietudes de la comunidad, y brindar sesiones formativas sobre los temas más demandados por los mismos.

Acto seguido, a través del apoyo de los representantes locales y de la propia ONGD, se establece una red (trabajo desde la comunidad), donde las personas que experimentan situaciones de desventaja, tienen la libertad y opción de tomar decisiones sobre su vida diaria, fomentando su empoderamiento tanto personal como a nivel colectivo.

### *5.3.2. Descripción de la intervención*

Tras evaluar a los participantes, tener un perfil general e indagar sobre las necesidades e inquietudes de los mismos, así como las actividades con propósito personales o colectivas que les permita ser parte de la comunidad, se diseña un plan de acción flexible, donde son los propios participantes y sus familiares, con el apoyo necesario, los que deciden el horario, los lugares y los objetivos a seguir.

Así, las intervenciones parten desde sesiones individuales con una duración aproximada de 30 minutos hasta actividades grupales de una hora y media, realizadas de lunes a domingo, siempre respetando el ritmo individual como el del entorno sociocultural.

A su vez, y teniendo en cuenta que el pilar fundamental es el acceso y la participación en ocupaciones significativas, en todas las sesiones, independientemente si son grupales o individuales, se desarrollan actividades con propósito.

Es por ello, y teniendo en cuenta que en el contexto donde se desarrolla la intervención la interdependencia y la vida colectiva se anteponen a la independencia, mientras que, por lo general, las dinámicas individuales son destinadas al trabajo de las destrezas y patrones de ejecución, las grupales se enfocan a la búsqueda y/o realización de actividades en y con la comunidad.

A continuación, se expone un ejemplo de un caso real (Tabla 6).

*Tabla 6. Sesión tipo. Intervención en el contexto cultural de Marruecos.*

<b>Resumen perfil ocupacional;</b> H, es una mujer de 12 años con diagnóstico de parálisis cerebral infantil. Desea tejer igual que lo hacen sus hermanas y amigas, pero sus destrezas motoras lo dificultan.	
<b>ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA: TEJER</b>	
<b>Análisis y demandas de la actividad</b>	La actividad de tejido se realiza en frente de su domicilio habitual, con el telar de madera situado junto a la pared en posición vertical y las mujeres en cuclillas o sentadas frente a el, entrelazan con las manos todos los hilos y lo prensan con un taco de madera.
<b>Demanda social</b>	Todas las mujeres de su familia y su entorno más próximo dedican su tiempo libre al tejido y a la venta de telares en el zoco. *La actividad presenta un gran componente emocional además de ser el pilar productivo de la familia.
<b>Situación actual</b>	H, hace 3 años que no acude al colegio y casi no sale de su domicilio. La familia manifiesta que antes si que participaba en tareas cotidianas, pero ahora (“we prevent her going out or doing things because something is wrong with her” evitamos que salga o haga cosas porque se le ve que le pasa algo)
<b>Destrezas de ejecución a trabajar</b>	Motoras, praxis y sensoriales
<b>Planificación y desarrollo del programa</b>	1 mes: dos sesiones a la semana: rapport individual y familiar, análisis y participación en la actividad.
	2 mes – 4 mes: tres sesiones individuales a la semana. Desde destrezas de ejecución a realización de la actividad.
	5 mes: diseño de productos de apoyo para la sedestación y motricidad
	6 mes: sesiones grupales con la familia
	7 mes- 9 mes adelante: desarrollo de la actividad junto a sus hermanas dentro del hogar
	10 mes - adelante: desarrollo de la actividad en el lugar habitual
	15 mes- adelante: participación en la venta en el zoco
	15 mes- adelante: enseñanza a personas interesadas.

*Fuente: elaboración propia.*







## **6. INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO CULTURAL DE PIURA (PERÚ)**



## **6.1. Características generales**

*Si no puedo bailar a ese ritmo,  
entonces no es revolución.*

**Emma Goldman**

La investigación en Piura (Perú) se realiza entre los meses de julio-octubre, ambos inclusive, del año 2019, mediante la beca Juventud Vasca Cooperante (169) y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios y la contraparte local, el Complejo Sanitario San Juan de Dios (CRSJD) (159), que brinda atención integral a personas con problemas de Salud Mental.

Durante la estancia, es la Orden Hospitalaria la que facilita el alojamiento. Lo cual, al estar situado en el mismo Complejo, promueve una relación de confianza tanto con los residentes, como con los profesionales y autoridades que acuden al mismo, y fomenta la flexibilidad en las intervenciones y en las horas de trabajo destinado al Centro de Día y a las actividades comunitarias.

La colaboración durante la estancia es compartida durante los primeros meses con una compañera psicóloga, que apoya al equipo de psicólogos del Complejo y en algunas tareas puntuales del Centro de Día. Sin embargo, y debido al perfil profesional de la investigadora y a la experiencia en contextos interculturales y en la creación y desarrollo de proyectos bajo esta perspectiva, en la primera reunión con el director Médico y el Gerente del Complejo, se decide crear y diseñar un Centro de Día, donde la ocupación sea el centro y motor del tratamiento de las personas que acuden al mismo.

Uno de los aspectos relevantes a señalar, es que a pesar de tener un idioma común (el castellano), existen algunas dificultades por parte de los participantes y la investigadora para comprender el significado otorgado a algunos conceptos,

tales como la ocupación, ya que ésta, no se considera significativa en el contexto o tiene un significado diferente.

Esto, aunque durante los primeros días conlleva a ciertos desencuentros, son determinantes para el trascurso de formaciones y desarrollo de intervenciones, puesto que, previamente a la realización de las mismas, se debaten algunos conceptos claves con los/las participantes, de modo que las actividades se realizan con la misma terminología y significado para todos/as.

Así, además del desencuentro ocasionado por el idioma, el desconocimiento de la Terapia Ocupacional por parte de la población en general y de los profesionales socio sanitarios, el escaso tiempo del proyecto de acuerdo a la magnitud del mismo, la complejidad de la comprensión de la Salud Mental y el abordaje biomédico que centra su atención en paliar la sintomatología psiquiátrica, son retos que se convierten en oportunidades en la puesta en marcha del Centro de Día para personas con problemas de Salud Mental en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura.

No obstante, cabe destacar que, durante la estancia, el proceso de investigación-acción se divide en dos pilares fundamentales, que con el trascurso del tiempo terminan unificándose. Éstas, hacen referencia a por un lado la intervención realizada única y exclusivamente con mujeres con problemas de salud mental y por otro, el plan de acción llevado a cabo con personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura.

## **6.2. Selección de los participantes**

*Es una estupidez perder el presente sólo por el miedo de no llegar a ganar el futuro.*

**José Saramago**

### *6.2.1. Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental*

*“Intervención desde Terapia Ocupacional con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental en Piura (Perú)” (Anexo II).*

La selección de las participantes se realiza de manera intencional, a través de la beca Juventud Vasca Cooperante y de las mujeres residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).

Así, y teniendo en cuenta que la investigadora durante todo el proceso reside en el mismo Complejo, y debido a la afinidad y a la conexión establecida con las mujeres residentes durante los primeros días, tiene la oportunidad de conocer de primera mano las inquietudes, las necesidades y las vivencias de las mismas. Es por ello, y con el fin de fomentar el desempeño ocupacional y la inclusión en la comunidad de las mujeres con problemas de salud mental, se decide diseñar y llevar a cabo un plan individualizado de Terapia Ocupacional.

En relación con lo expuesto, los criterios de inclusión para participar en la intervención y como consiguiente en la investigación son: ser mujer y tener más de 18 años, tener un diagnóstico de enfermedad mental según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (170), residir en el Complejo o en su defecto tener más de cuatro ingresos mensuales al año y disponer de transporte y medios para llegar al centro, estar de acuerdo con las técnicas de investigación utilizadas y no tener experiencia en intervenciones de carácter europeo y/o occidental.

Ésta última, es debido a la diferente cosmovisión de ser, sentir y percibir la relación del ser humano con el entorno que le rodea. Es decir, si la persona se relaciona desde una posición superior con el derecho y en cierta manera obligación de ocupar el contexto, o si, por el contrario, percibe el mundo como una unidad singular, con relaciones horizontales entre la persona y la Pachamama.

Son excluidas aquellas mujeres que presentan limitaciones cognitivas que dificultan la participación, se encuentran en situación terminal, residen fuera del distrito de Piura, no alcanzan los 18 años de edad y tienen dificultades para comunicarse con la autora del estudio.

Así, y teniendo en cuenta las características propias del País donde se desarrolla el proyecto, y con el fin de evitar posibles mal entendidos y ofrecer información sobre la finalidad y la programación de la intervención e investigación, se contacta a través de una reunión física con los responsables de los diferentes servicios del Complejo, haciendo hincapié en los profesionales del Centro de Día y el personal de enfermería.

Posteriormente, tras explicarle al director Médico el procedimiento detallado, se programa una reunión informal con las posibles beneficiarias, siendo ellas las responsables de tomar la decisión final en torno a la participación en el proyecto.

Cabe destacar que, durante todo el proceso, las mujeres son libres de expresar sus necesidades e inquietudes. Tan es así, y con el objetivo de favorecer un dialogo activo y evitar que se sientan invadidas y/o cohibidas, el proceso de investigación e intervención adquiere un carácter flexible, adaptándose siempre a sus intereses.

Por último, y siguiendo a la característica diferenciadora de la IAP, la participación (155, 156, 157). Periódicamente, se llevan a cabo tertulias informales, donde todos los profesionales, familiares y sobre todo las mujeres, comparten su opinión y se establecen estrategias conjuntas para conseguir los objetivos planteados por ellas/ellos mismos/as, modificando y adaptando la programación según sea oportuno, y siendo ellas, las verdaderas protagonistas.

*6.2.2. Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios*

*“Intervención basada en la justicia ocupacional y el Desarrollo de actividades significativas en personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú)”*  
(Anexo III).

El trabajo previo realizado con las mujeres, fomenta el interés de los técnicos y trabajadores del Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú) sobre la Terapia Ocupacional y su repercusión en el bienestar de las residentes, así como la influencia del desarrollo de ocupaciones en la inclusión en la comunidad, y como consiguiente, incentiva también la curiosidad de las demás personas que viven en el Complejo.

Teniendo en cuenta el interés de los residentes, y simultáneamente al proyecto de las mujeres, se decide diseñar y poner en marcha el servicio de Centro de Día para las personas con problemas de salud mental, siendo las actividades significativas personales y culturales, los principales pilares que guían y orientan la filosofía e intervención terapéutica.

El hecho de que la investigadora principal conviva en el mismo recinto, facilita además del proceso etnográfico, de conocer plenamente la cultura y los saberes del País, la flexibilidad de horarios y la realización de ambos proyectos al mismo tiempo. Siendo a menudo, ambos grupos complementarios, y fomentando el empoderamiento de cada una de las personas, y como consiguiente facilitando el desarrollo de actividades significativas en un contexto natural, como es la comunidad.

Así, los criterios de inclusión de los y las participantes principalmente hacen referencia a, tener un diagnóstico de enfermedad mental según el CIE-10 (170), ser residente o en su defecto tener transporte y/o medios para llegar al

Complejo, no estar en situación terminal y no tener dificultades cognitivas severas que interfieran en el desarrollo del proyecto.

Por último, cabe destacar que, con el fin de garantizar el mantenimiento y desarrollo del proyecto en el tiempo, todos los resultados obtenidos durante el proceso se exponen tanto a los beneficiarios como a los profesionales, fomentando su participación en la toma de decisiones y compartiendo conocimientos y/o experiencias.

### **6.3. Proceso de intervención**

*Antes de reaccionar, piensa.*

*Antes de gastar, gana.*

*Antes de criticar, espera.*

*Antes de abandonar, inténtalo.*

**Ernest Hemingway**

Las principales funciones desarrolladas durante el proceso hacen referencia a la formación en materia de la Terapia Ocupacional a los profesionales del CRSJD, sensibilización tanto en el Complejo como en la comunidad sobre la Salud Mental, campañas para visibilizar la puesta en marcha del proyecto, la identificación y aprendizaje de las ocupaciones significativas locales, encuentros con familiares y personas con diagnóstico de enfermedad mental, capacitaciones a los profesores responsables en llevar a cabo talleres ocupacionales, diseño y puesta en marcha de programas individualizados a las personas beneficiarias del Centro de Día y seguimiento de los mismos.

#### *6.3.1. Descripción general*

En primer lugar, y debido a la convivencia directa durante los primeros días con las mujeres, la investigadora y terapeuta principal del proceso tiene la oportunidad de establecer un adecuado rapport que permite conocer de primera mano las necesidades e inquietudes, que están relacionadas con la privación en la participación en actividades.

Es por ello, que desde la justicia ocupacional y junto a los demás trabajadores del Complejo, se decide planificar programas de rehabilitación individualizados en base a las actividades y anhelos ocupacionales.

No obstante, el desarrollo de actividades significativas y el bienestar que otorgan estas a las mujeres, suscita el interés por parte de los demás residentes y trabajadores del Complejo. Así, y atendiendo a las demandas realizadas por los propios residentes, simultáneamente al proyecto de las mujeres, se diseña y lleva a cabo otro plan, que al de un mes y tras una decisión común, se deciden unificar ambos proyectos.

### *6.3.2. Descripción de la intervención*

La intervención tiene una duración total de 4 meses, con sesiones grupales diarias de lunes a domingo con una duración aproximada de una hora. Donde tras evaluar a todos los participantes y agrupar las actividades en las que desearían participar o aquellas con las que sienten un vínculo especial, se dividen 3 categorías; ocio y tiempo libre (actividades artísticas y deportivas), actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y destrezas de ejecución (sensorial, perceptual, motoras, emocionales, cognitivas, de comunicación y sociales), unidas por un pilar y objetivo común, la realización de actividades colectivas en la comunidad (Figura 9).

A continuación, se expone un gráfico de sesión tipo y la relación entre las diferentes categorías (Tabla 7).

<p><b>Ocio y tiempo libre:</b></p> <p>El estigma hacia la salud mental hace que todos los participantes hayan experimentado una privación e incluso no quieran acceder al servicio de Centro de Día.</p> <p>Aprovechando el interés por las actividades artísticas se diseña un espacio de expresión libre, donde conjuntamente se redecora el edificio de centro de día, pasando de un aspecto “puramente institucional” a un espacio colorido y diseñado por ellos /ellas mismos /as.</p>	<p>A C T I V I D A D E S  E N  L A  C O M U N I D A D</p>	<p><b>Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</b></p> <p>Todos verbalizan que el correcto aseo e higiene puede reducir la actitud estigmatizante de la sociedad hacia la enfermedad mental.</p> <p>Por un lado, se diseñan productos de apoyo, adaptaciones y/o pictogramas para facilitar la acción y, por otro, se imparten capacitaciones sobre la higiene y su repercusión en lo cotidiano y en la inclusión.</p>
<p><b>Destrezas de ejecución</b></p> <p>El mercado corresponde a uno de los puntos estratégicos de la sociedad peruana. Sin embargo, la mayoría de las personas con diagnóstico de enfermedad mental no han tenido la oportunidad de acceder a la educación obligatoria.</p> <p>Lo cual, conlleva a que por un lado no se sientan seguros en un entorno de compra-venta y por otro, que no puedan participar en una actividad significativa cultural.</p> <p>Es por ello por lo que se diseñan sesiones de calculo aplicado a la vida diaria.</p>		

*Figura 9. Sesión tipo. Intervención en el contexto cultural de Perú.  
Fuente: Elaboración propia.*

*Tabla 7. Sesión tipo. Intervención en el contexto cultural de Perú.*

<b>Resumen perfil ocupacional;</b> G, hombre de 48 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F20.0-CIE-10). Manifiesta el deseo por querer aprender todo lo relacionado con la pintura y decoración de exteriores.	
<b>ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA: PINTURA</b>	
<b>Análisis y demandas de la actividad y demanda social.</b>	G tiene recuerdos de que parte de su familia se dedicaba a la pintura y decoración de edificios. Sin embargo, él, nunca ha tenido la oportunidad. Pese a ello, tiene conocimientos básicos y conoce algunas herramientas propias del oficio. *La actividad presenta un gran componente emocional puesto que le recuerda a su infancia y su familia.
<b>Situación actual</b>	G, antes de ser institucionalizado en el Complejo estuvo viviendo en situaciones precarias en la calle y paso 6 años con sujeciones fijas, lo cual, ha dejado secuencias en la motricidad fina y gruesa. Presenta leves limitaciones cognitivas y falta de concentración. Patrones de repetición de conductas/acciones. Dificultad en la interacción social y comunicación. Manifiesta tener miedo por su “diagnóstico” aunque el no se reconoce “con la imagen” de una persona con esquizofrenia.
<b>Destrezas de ejecución a trabajar</b>	Motoras, sensoriales, regulación emocional, cognitivas, sociales y de comunicación.
<b>Planificación y desarrollo del programa</b>	1 mes: sesiones diarias. - Individuales: gestión y expresión emocional. - Grupales: motricidad, cognitivo, comunicación.
	2 mes: sesiones diarias - Trabajo de destrezas de ejecución. - Explorar y conocimientos básicos sobre la pintura
	3 mes: sesiones diarias - Trabajo de destrezas de ejecución. - Diseño y realización de un mural en las paredes del centro de día.
	4mes: sesiones diarias - Trabajo de destrezas de ejecución - Mural centro de día - Enseñanza a los demás residentes sobre la pintura y decoración. - Participación en exposición comunitaria.

*Fuente: Elaboración propia.*





## **7. MATERIAL Y MÉTODO**



## 7.1. Diseño del estudio

*Todo lo que escuchamos es una  
opinión, no un hecho. Todo lo que vemos es  
una perspectiva, no es la verdad.*

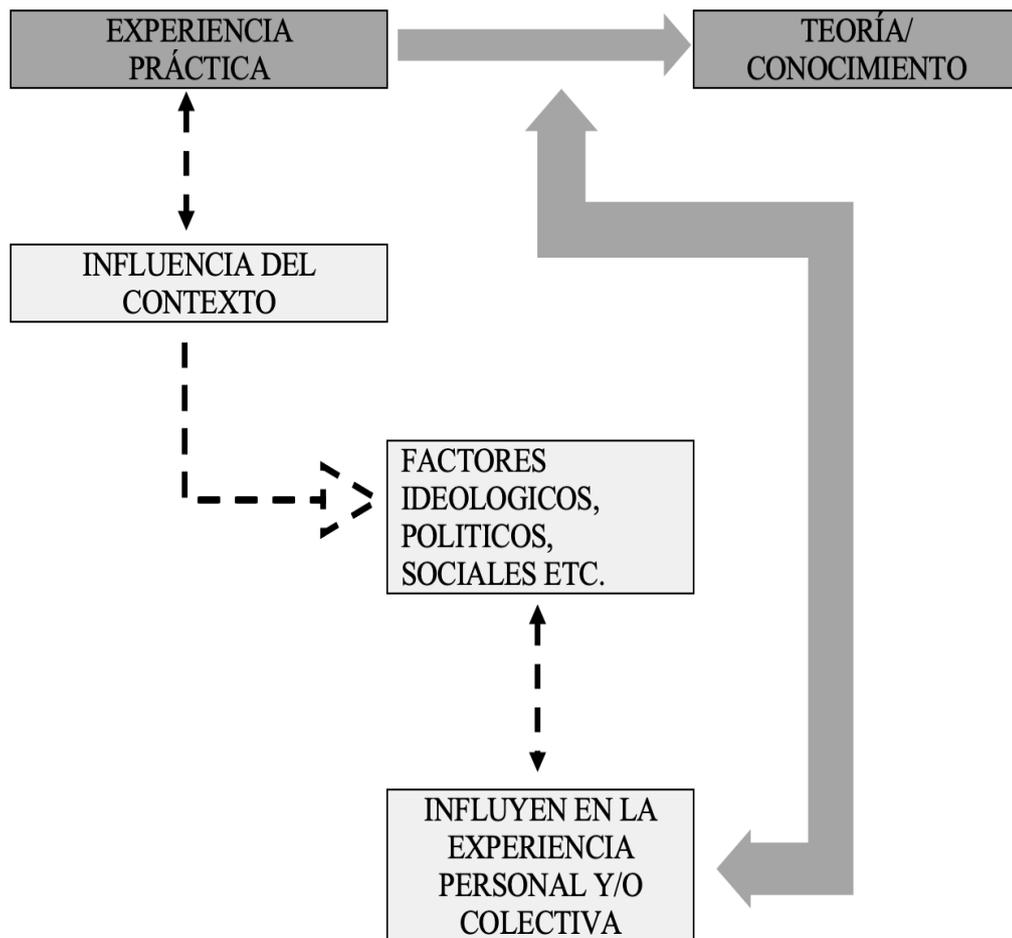
**Marco Aurelio.**

De acuerdo con Creswell (171), el diseño y planificación de un estudio, implica la interconexión entre una perspectiva filosófica, que sirve como guía y orientación en el transcurso del mismo, determinadas estrategias de investigación que establecen las técnicas para analizar e interpretar los datos obtenidos y métodos específicos que se utilizan para recopilar la información.

Así, la perspectiva filosófica que orienta la presente investigación, está estrechamente relacionada con el movimiento del relativismo, propio de los sofistas (172). Los cuales, defienden la imposibilidad de alcanzar verdades absolutas y universales, puesto que, reconocer algo como verdadero o falso, depende de cada cultura, época, contexto y/o grupo social, o lo que es lo mismo, la verdad es relativa (173) y surge en función de las experiencias vividas y los significados otorgados a cada circunstancia que concierne la vida y el planeta que habitamos.

En relación con ello, es inviable que la realidad social sea simplemente observada, ya que la descripción de la misma, fomenta y contribuye a una interpretación (174). Siendo precisamente la interpretación y la reflexión, las claves para el desarrollo de profesiones significativas (175), acordes con la realidad del momento y del contexto actual y cuestionando la relación entre la perfecta teoría y la diversidad del día a día.

Tan es así, que atendiendo a Kant (176), toda teoría, todo conocimiento, comienza con una experiencia práctica, y ésta, a su vez, esta influenciada por el contexto en el que se desarrolla. Siendo, por lo tanto, necesaria la reflexión sobre los factores ideológicos, políticos y sociales, y su repercusión en la experiencia individual y/o colectiva, y por lo consiguiente, en el conocimiento y en el corpus teórico de las diferentes profesiones (Figura 10).



*Figura 10. Relación entre la experiencia práctica y el conocimiento.  
Fuente: Elaboración propia.*

Así, y debido al interés por comprender la realidad de los contextos de actuación, los significados, las experiencias y las teorías de las personas, grupos y/o comunidades en relación con la ocupación, las principales estrategias metodológicas que establecen las técnicas de recogida de información para el desarrollo de esta investigación, son la etnografía doblemente reflexiva (154, 177) y la Investigación Acción Participativa (155, 156, 157). Los cuales, se caracterizan por ser métodos inductivos e interpretativos, donde el investigador se desplaza al contexto natural, permitiendo así, abordar los fenómenos sociales de forma holística.

La etnografía, dentro del campo de la investigación social, es considerada como la metodología inductiva más básica, que tiene como fin realizar una descripción cultural de un grupo de personas en un contexto social determinado (177), estableciendo un contacto directo y sostenido con los agentes sociales y registrando las experiencias vividas en los diferentes contextos de actuación.

No obstante, la etnografía doblemente reflexiva, además de las características propias de la estrategia original, plantea fomentar el diálogo y la reflexión entre el conocimiento académico y los saberes locales (10, 24, 154, 177). Es decir, mediante esta herramienta metodológica, se lleva a cabo un intercambio de saberes, entre el conocimiento generado por la academia y el de la población donde se lleva a cabo la investigación.

Así, y en relación al presente estudio, la etnografía doblemente reflexiva, además de permitir a la investigadora conocer en profundidad los contextos de actuación, facilita a identificar los aspectos relevantes para la población local y planificar y desarrollar intervenciones en función de las necesidades reales manifestadas por la comunidad, o lo que es lo mismo, la participación digna en actividades significativas independientemente de la condición del individuo y/o comunidad.

Por otro lado, la Investigación Acción Participativa, es considerada como una de las principales herramientas para la transformación social (155), ya que ésta, favorece el empoderamiento de la población en el que se desarrolla el estudio.

Es más, el origen de la IAP, está estrechamente relacionada con las aportaciones realizadas por Kurt Lewin en el seno de la psicología comunitaria, con la intención de establecer un vínculo entre la teoría y la práctica (155, 156) o, dicho de otra forma, investigar al mismo tiempo que se desarrolla la intervención, fomentando así, el proceso de investigación acción. Al que más

tarde, en el año 1959, Fals Borda, incorpora el concepto de participación, constituyendo la IAP (155, 156).

Esta perspectiva, sitúa a los investigadores y a la población local, en un mismo plano horizontal, equiparando los conocimientos de ambas partes y favoreciendo que la comunidad sea participe en la identificación de necesidades y en el desarrollo de estrategias para brindar una solución colectiva.

Para ello, la IAP propone un proceso continuo, dividido en cuatro fases (Figura 11) (157). La primera, el contacto con la comunidad, además de ser la más importante, favorece que la población identifique y comunique los posibles problemas, generando un encuentro comunitario. Seguidamente, y con el apoyo de los investigadores, se evalúan las necesidades, se establece un orden de prioridad y se determina el pilar central de la intervención. Para posteriormente, iniciar una fase de programación y ejecución del plan, donde los agentes involucrados han de centrar su atención en reducir y/o eliminar los factores de riesgo y generar y/o incentivar factores de protección. Por último, se realiza una evaluación, donde se comparten los resultados con la comunidad, y siguiendo la característica diferenciadora de la IAP, se fomenta la participación de la población favoreciendo que los miembros puedan realizar aportaciones y sugerencias al respecto y buscar una solución consensuada.



*Figura 11. Fases de la Investigación Acción Participativa.  
Fuente: Elaboración propia.*

Es precisamente este proceso y su carácter participativo, lo que diferencia a la IAP de otras herramientas metodológicas que sitúan al investigador por encima de lo local. Lo cual, y conforme al presente trabajo, además de facilitar una relación entre iguales con los diferentes contextos de actuación, permite que la sociedad sea consciente de su realidad, en qué aspectos quieren poner su foco de actuación y cómo quieren intervenir. Fomentando y generando estrategias que favorecen la inclusión real de las personas y/o grupos en su comunidad.

Por último, y siguiendo lo expuesto por Creswell (158), el tercer componente para el diseño y planificación del estudio, alude a las técnicas específicas para la recogida, análisis e interpretación de los datos.

Así, para el desarrollo de las intervenciones planteadas en la presente investigación, y siguiendo las características propias de la etnografía y la Investigación Acción Participativa, las técnicas específicas utilizadas son la observación participante, la entrevista semiestructurada y la administración de herramientas de evaluación estandarizadas. Adquiriendo así, un diseño mixto de investigación (178, 179).

Haciendo alusión al paradigma que orienta el presente trabajo, todo es relativo, e investigar es un proceso inherente a la vida misma (172, 173). La metodología mixta, aunque sea la más cuestionada dentro del ámbito científico y aún quede camino por recorrer para que ésta obtenga el mismo reconocimiento que la metodología cualitativa y cuantitativa, no es una técnica de aquí y ahora. Sino que, las primeras investigaciones realizadas mediante esta metodología datan entorno a los años 60-70 en el área de medicina criminalista. Sin embargo, no es hasta 1979, cuando se establecen los términos básicos del diseño, lo cual, fomenta que en la década de los 80 se realicen numerosos trabajos de investigación con metodología combinada, sobre todo en campos como la educación, enfermería, medicina, psicología y/o comunicación (180).

Precisamente, el diseño mixto, según Driessnack, Sousa y Costa (181), consiste en un único estudio que utiliza diferentes estrategias, cualitativas y cuantitativas, con el fin de responder a la pregunta de investigación y a las hipótesis planteadas. Es decir, el diseño mixto, permite a la comunidad investigadora combinar paradigmas, con el fin de obtener mejor evidencia y comprensión de los fenómenos estudiados, especialmente si estos hacen alusión a campos complejos donde se involucran el ser humano y su diversidad, como es el caso de la presente tesis doctoral.

No obstante, y aunque es notorio el cuestionamiento entre la comunidad científica sobre la fiabilidad y validez del diseño de la investigación mixta. Cabe destacar que, la finalidad del mismo, no es reemplazar la metodología cualitativa ni la cuantitativa (182), sino utilizar las fortalezas de ambas con el objetivo de lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno estudiado, comprender la realidad de las personas, grupos y/o comunidades que participan en el proceso, obtener información variada mediante la cercanía del investigador, fomentar la creatividad teórica y diseñar y llevar a cabo intervenciones eficaces para la población y contexto de estudio (180, 182).

Tan es así, que esta metodología adquiere especial importancia en el desarrollo de intervenciones culturalmente sensibles y/o desde perspectivas interculturales (183, 184), donde las herramientas de evaluación y teorías generadas en un contexto determinado y bajo una ideología particular carecen de significado, siendo sumamente necesario aplicar estrategias cualitativas para compensar las carencias de los mismos.

Así, y en lo relacionado con la Terapia Ocupacional, cabe destacar que, autores como Iwama (6,16) o Simó (13,16), en sus numerosos trabajos recalcan la necesidad de ser flexibles y adquirir una capacidad de adaptación en lo referente a las herramientas de evaluación diseñadas en países con visión individualista y occidental. Es decir, la administración de instrumentos generados bajo una determinada ideología y contexto cultural no son universales, y carecen de significado en países con cosmovisiones diferentes, generando desencuentros y convirtiendo la Terapia Ocupacional en un agente opresor y debilitador, tal y como se muestra en algunas de las narraciones de las personas involucradas en el proceso.

*“Señorita, no entiendo lo que pretende evaluar, para mi ir al aseo y realizar mi higiene no es lo mismo que pone en las instrucciones del documento. Tener agua potable muchachita, no esta reflejado en un puntaje del 0 al 5 (MP15)”.*

*“It is funny. Everything seems to be designed for white people and with money. These papers are nice, but useless here (PH23). (Es gracioso. Todo parece estar pensado para gente blanca y con dinero. Estos folios son bonitos, pero inútiles aquí (PH23)).*

*“Discúlpeme, pero para mi el sentido de la vida no es hacer las cosas solo, es pertenecer a algo. Me niego a que un objetivo para mi mejora sea la independencia. Prefiero depender de alguien, de algo, sentir eso, pertenecer y no ser autónomo e independiente. Yo no quiero eso para mi, ni para usted (AP3)”.*

*“Cela n'a pas de sens. L'occupation est beaucoup plus complexe que l'évaluation de la personne avec des chiffres (TH8)” (No tiene sentido. La ocupación es mucho mas compleja que evaluar a la persona con números (TH8)).*

*“Je suis amusé par le désir de tout classer. Cognitif, physique, chiffres, plus de chiffres ... Nous sommes des personnes. Comme vous (TM16)” (Me hace gracia el afán por clasificar todo. Cognitivo, físico, números, más números... Somos personas. Igual que usted (TM16)).*

Por ende, y debido a los retos y oportunidades generados en los trabajos de campo que conforman la investigación, y con el objetivo de suplir las carencias de las herramientas estandarizadas y verificar la información obtenida en ellas, además de facilitar la comprensión de la ocupación, para el desarrollo de los estudios que conforman la presente tesis, se decide combinar estrategias cualitativas y cuantitativas, optando así por una metodología mixta.

## 7.2. Recolección de los datos

*Hemos aprendido a volar como los  
pájaros, a nadar como los peces; pero no  
hemos aprendido el sencillo arte de vivir  
como hermanos.*

**Martin Luther King**

De acuerdo con Driessnack, Sousa y Costa (181), el diseño mixto de investigación consiste en un único estudio que utiliza estrategias cualitativas y cuantitativas, con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación.

Así pues, además de la administración de herramientas supuestamente estandarizadas y validadas, la investigadora utiliza la observación participante y la entrevista semiestructurada, que además de suplir las carencias de los instrumentos de evaluación en los contextos de estudio, permite que el fenómeno estudiado hable por si mismo a través de sus agentes significativos (Tabla 8).

*Tabla 8. Técnicas de investigación utilizadas para la recogida de datos.*

	HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN						OBSERVACIÓN PARTICIPANTE	ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA
	VQ	WHOQOL-BREF	SCQ	ISM I	AQ-27	VQ PED		
<b>Marruecos</b>	X	X	X		X		X	
<b>Perú</b>	X		X	X			X	

- \* VQ = Cuestionario Volitivo
- \* VQ PED = Cuestionario Volitivo Pediátrico
- \* WHOQOL-BREF = Calidad de Vida
- \* SCQ = Cuestionario de Conciencia de los Estigmas
- \* ISM I = "Internalized Stigma of Mental Illness Scale. (Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental)
- \* AQ-27= Cuestionario de Atribución

*Fuente: Elaboración propia.*

A continuación, se realiza una breve descripción de cada una de las técnicas utilizadas.

7.2.1. *Herramientas de evaluación*

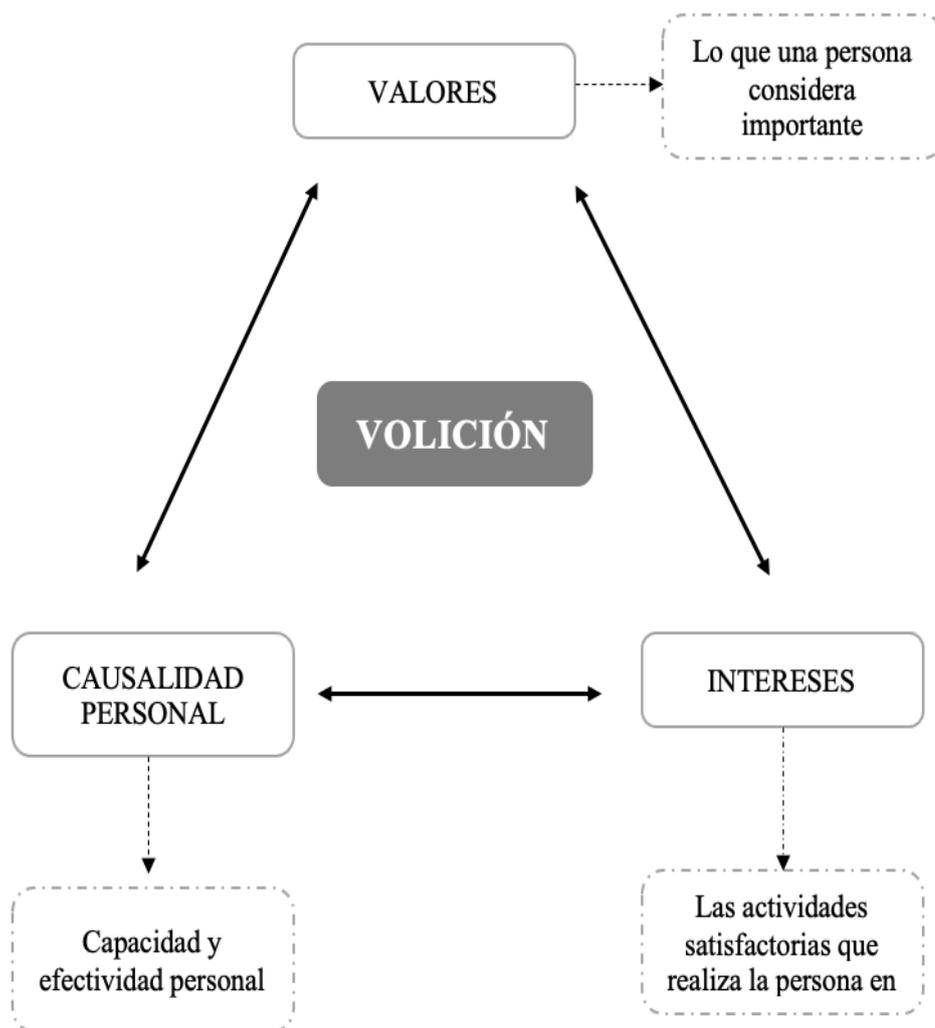
- **Cuestionario Volitivo (VQ) y Cuestionario Volitivo Pediátrico (VQ-PED)**

El Cuestionario Volitivo (Anexo IV), creado en 1988 por terapeutas ocupacionales y revisado en 1990, tiene como objetivo evaluar la volición, que según el Modelo de Ocupación Humana (185, 186) hace referencia a uno de los subsistemas de la persona, que, a su vez, está relacionado con la motivación que nace de la interrelación entre las características externas e internas del individuo (27, 185, 186).

Así, la volición se define como un patrón de pensamientos y sentimientos que permiten a las personas anticipar, elegir, experimentar e interpretar el comportamiento (27), o lo que es lo mismo, la volición corresponde a la interrelación entre los valores, la causalidad personal y los intereses (186) (Figura 12).

El Cuestionario Volitivo, con una fiabilidad de 0,86 (187) y el Cuestionario Volitivo Pediátrico con 0,652 de fiabilidad (188), contienen 14 indicadores. Los cuales, además de permitir que el/la profesional conozca los motivos internos de la persona, proporcionan información sobre la influencia facilitadora o inhibidora que tiene el ambiente en la motivación del individuo (185, 186), siendo los 7 años de edad el determinante que diferencia que cuestionario se ha de aplicar.

Asimismo, esta herramienta de evaluación, contiene un sistema de puntaje específico, constituido por, P (pasivo), D (dubitativo) I (involucrado) y E (espontáneo), que varía en función del comportamiento y del apoyo necesario para el desarrollo de la acción.



*Figura 12. Aproximación al concepto de volición.  
Fuente: Elaboración propia.*

Por otro lado, según el Modelo de Ocupación Humana (186), la volición además de ser uno de los tres subsistemas en los que se divide la persona, es el resultado de la relación entre las características internas del cliente y las características ambientales. Es por ello, por lo que el Cuestionario Volitivo consta de un anexo complementario sobre el Registro de Características Ambientales (RCA) (185) que ayuda al profesional conocer y determinar los factores externos que promueven y/o inhiben la volición de la persona.

- **Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF**

La escala de WHOQOL-BREF (Anexo V) con una fiabilidad del 0,89 (189), mediante 26 ítems divididos en cuatro dimensiones, permite al investigador conocer el perfil general de Calidad de Vida del colectivo a analizar (189, 190).

Así, las dimensiones que engloba la WHOQOL-BREF son:

- *Dimensión física:* actividades de la vida diaria; dependencia de una medicación o tratamiento; energía y fatiga; movilidad; dolor y malestar; sueño y descanso; capacidad de trabajo.
- *Dimensión psicológica:* imagen corporal y aspecto físico; sentimientos negativos; sentimientos positivos; autoestima; espiritualidad, religión, creencias personales; pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
- *Dimensión de relaciones sociales:* relaciones personales; apoyo social; actividad sexual.
- *Dimensión del entorno:* recursos económicos; libertad y seguridad; disponibilidad y calidad de la atención sanitaria y social; entorno doméstico; oportunidades para adquirir nueva información; participación y oportunidad de intervenir en actividades recreativas y de ocio; entorno físico (polución, ruido, tráfico, clima); transporte.

El sistema de puntaje, se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde a mayor puntuación final, mayor calidad de vida tiene el sujeto.

- **Cuestionario de Conciencia de los Estigmas (SCQ)**

El Cuestionario de Conciencia de los Estigmas (Anexo VI) creado por Pinel en el año 1999 y adaptado en el 2013 por Carrasco y con una fiabilidad del 0,77 (191), permite conocer la influencia del estigma de la sociedad en la vida diaria de las personas con discapacidad.

Para ello, este cuestionario consta de 10 ítems con un sistema de puntaje tipo Likert con 5 opciones de respuesta, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Por lo que, y en lo referente a la interpretación de la puntuación final, cuanto más alta sea la misma, más influencia tiene el estigma en la vida diaria de las personas.

- **Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental. Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)**

Aunque el objetivo principal de la escala ISMI (192, 193) (Anexo VII) consistía en valorar la experiencia subjetiva del estigma, el empoderamiento y la orientación hacia la recuperación de la enfermedad, actualmente, también incluye ítems que miden la discriminación percibida, el aislamiento social y la resistencia frente al estigma que tiene el individuo.

Esta herramienta, con una fiabilidad de 0,91 (192), consta de 29 ítems, distribuidos en 5 factores (alineación, asignación de estereotipos, experiencia de discriminación, aislamiento social y resistencia al estigma) evaluados mediante una escala tipo Likert del 1 al 4, siendo 1 = muy en desacuerdo, y 4 = muy de acuerdo, donde la puntuación final oscila entre 29 y 116 en función al autoestigma de la persona, siendo ésta, mayor en puntuaciones elevadas.

- **Cuestionario de Atribución (AQ-27)**

El Cuestionario de Atribución AQ-27 (194) (Anexo VIII) validado por Muñoz y con una fiabilidad de 0,865 (195), pretende evaluar la actitud estigmatizante y conocer la conducta de la sociedad hacia las personas con diagnóstico de enfermedad mental, haciendo hincapié en los estereotipos, creencias y conductas.

Para ello, el cuestionario consta de 27 ítems distribuidos en 9 factores (responsabilidad, piedad, irritabilidad, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación), que son representados mediante la exposición de un caso hipotético. Siendo entre 10 y 20 el punto de corte de la calificación final, donde 20 se considera una puntuación alta.

### *7.2.2. Observación participante*

La observación participante es una técnica cualitativa que, a diferencia de otras estrategias, ésta, implica la consideración de las variables socioculturales del contexto donde se lleva a cabo la investigación (196).

Es por ello, por lo que está estrechamente ligado al proceso etnográfico, donde el/la investigador/a, con el objetivo de recoger todo tipo de información que aporta a la pregunta de investigación y/o al tema de estudio, participa y convive en el contexto real y con la población a estudiar (196). Siendo, por lo tanto, necesario el trabajo de campo para la realización de una observación participante (197).

En este sentido, cabe destacar que, aunque el/la investigador/a adquiere un rol en el contexto sociocultural, el grado de participación depende en cierta manera tanto de la actitud del profesional como de los saberes propios de la comunidad donde se desarrolla el estudio (198).

En relación con lo expuesto, es preciso señalar que, debido a que esta técnica implica lugares y situaciones de gran privacidad, es sumamente necesario establecer un buen rapport o relación terapéutica, tanto con los participantes como con la propia sociedad, para así, poder colaborar en su vida diaria y analizar su cotidianidad, sin invadir su entorno personal y respetando y conociendo la cultura, ideología y saberes del contexto.

Así, y según el artículo "Hablando de la observación participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad" (199), esta estrategia no solo exige un registro de lo que ocurre, que a menudo se realiza al finalizar el día en el denominado cuaderno de campo, sino que implica una indagación intencionada que, a su vez, conlleva a una interpretación del contexto de estudio.

En el caso de los trabajos que sustentan la presente tesis doctoral, y con el fin de centrar la observación en los focos temáticos destacados. Antes de comenzar el proceso de observación participante, se tiene en cuenta el período de adaptación tanto de la investigadora como el de la propia localidad y se analizan las entrevistas e informes de los participantes.

Asimismo, cabe destacar que, las limitaciones surgidas en el desarrollo de esta técnica corresponden a las creencias arraigadas en relación a la presencia de una investigadora extranjera que convive en su comunidad, del miedo a ser sometidos a un estudio occidental, donde se lleve a cabo una actitud colonial, un genocidio, y por lo consiguiente utilizar a las personas, en vez de realizar un intercambio de saberes y crear un beneficio comunitario y real de acuerdo con la ideología del contexto, tal y como se muestra en las siguientes narraciones.

*“La diferencia de investigar desde arriba o con nosotros, es que nos utilicen cual ratas de laboratorio o buscar una solución mediante un compartir (PM5)”*

*“Ma question est de savoir comment se sentiraient-ils si des étrangers arrivaient soudainement et les utilisaient. Eh bien, c'est ce que l'on ressent lorsqu'on enquête en enquêtant, sans partager, en recherchant le commun, ce qui nous unit aux gens et en générant des stratégies (TH23)” (Mi pregunta es, como se sentirían ellos si de repente llegan personas extrañas y les utilizan. Pues así se siente cuando se investiga por investigar, sin compartir, buscar lo común, aquello que nos une a las personas y generar estrategias (TH23).*

*“El norte esta acostumbrado en ir, hacer y destruir, sin realmente conocer. No somos un experimento, somos humanos igual que ellos. Es indignante ver como llegan a sitios como este, con sus maletas, pasan y pasan cuestionarios, recogen datos y se van, sin ni siquiera saludar y mucho menos dialogar. Solo buscan ascender en su sociedad (PM16)”*

### 7.2.3. Entrevista semi-estructurada

Según la “Grounded Theory”, traducido al castellano como la Teoría Fundamentada (TF), la entrevista consiste en preguntas orientativas que permiten al entrevistador comprender y/o identificar percepciones, pensamientos, sentimientos y experiencias de los y las personas entrevistadas (200, 201).

En el desarrollo de éstas, el profesional centra su atención en la pregunta de investigación, de tal forma que esta técnica permite comprender aquellos aspectos del fenómeno estudiado que son de difícil acceso y/o no pueden ser observadas (198).

En este sentido, y debido a que el objetivo final de esta técnica consiste en conocer el punto de vista subjetivo de la persona entrevistada, así como los significados que ésta otorga a sus actos, sus apreciaciones y perspectivas en relación con sus vivencias, el procedimiento de recogida de información ha de ser flexible y dinámico, garantizando y estableciendo un entorno seguro para el informante y una relación de confianza entre el entrevistador y la persona entrevistada (174).

Así, las entrevistas semi estructuradas utilizadas en la presente investigación, además de ser flexibles y adaptarse a la población y contexto de estudio y complementar y suplir las carencias de las herramientas de evaluación estandarizadas, constan de algunas preguntas abiertas y otras más específicas e incluso algunas con apoyo visual, permitiendo así la libre expresión de los participantes (Tabla 9).

No obstante, cabe destacar que, todas las ilustraciones utilizadas, con el fin de garantizar el significado que realmente se quiere obtener, son previamente

testeadas y analizadas por la comunidad, y a medida de lo posible son contrastadas con las propias narraciones de las personas entrevistadas.

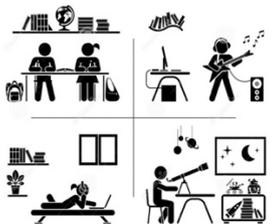
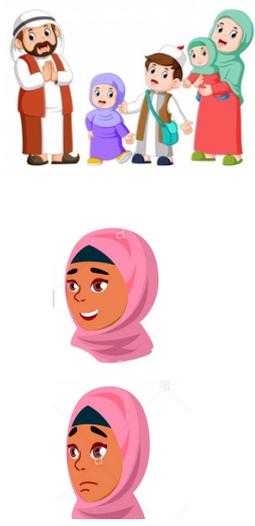
A su vez, y teniendo en cuenta el contexto social y cultural donde se llevan a cabo los trabajos de campo, y con el objetivo de evitar emociones y/o sentimientos negativos frente al estudio, no se realizan grabaciones de audio ni video. Sin embargo, toda la información junto a las narrativas relevantes de los participantes, son registrados en el cuaderno de campo de la investigadora tras finalizar las entrevistas.

Además, éstas, se desarrollan de manera informal, atendiendo a las inquietudes, necesidades y puntos de vista de los participantes, llegando mas allá de la superficie del tema de discusión y conociendo las experiencias, creencias y sensaciones de la persona. Lo cual, facilita la flexibilidad y dinamismo en el proceso de recogida de información.

Por último, mencionar que, en ocasiones, y tras revisar las anotaciones y transcripciones, la investigadora vuelve a contactar con algunos participantes para aclarar las afirmaciones y contradicciones que surgen en el proceso de análisis de datos.

Asimismo, relacionado con la entrevista semi estructurada y debido a las dificultades ocasionadas por la administración de herramientas estandarizadas, junto a las preguntas se diseña un cuestionario Ad-Hoc (Anexo IX), con el fin de evaluar el estado cognitivo, emocional, ocupacional, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, comunicación e interacción y funcionamiento social, sin invadir el espacio sociocultural de los diferentes contextos de actuación.

*Tabla 9. Ejemplo de preguntas realizadas en las entrevistas semi estructuradas.*

<b>EJEMPLO DE PREGUNTAS REALIZADAS EN LAS ENTREVISTAS SEMI ESTRUCTURADAS</b>			
	<b>Perú</b>	<b>Perú Mujer</b>	<b>Marruecos</b>
<b>PREGUNTA GENERAL</b>	¿Qué es para usted una actividad significativa?	¿Qué es para usted la ocupación?	¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?
<b>PREGUNTA ESPECIFICA</b>	¿Cuántas horas dedica a (actividad significativa)?	Si usted tendría que establecer sus propios objetivos, estarían más relacionados en hacer las cosas por usted mismo, o en pertenecer a un grupo	¿Puede decirme alguna situación en el que no ha podido elegir, seleccionar lo que realmente desea hacer? ¿Cómo se sintió? ¿Cuáles eran los motivos?
<b>APOYO VISUAL</b>			

*Fuente: Elaboración propia.*

### **7.3. Consideraciones éticas**

*Los cambios suceden cuando vamos  
contra todo lo que solíamos hacer.*

**Paulo Coelho**

Los aspectos legales y éticos que abarcan los tres estudios realizados, siguen la Declaración de Helsinki, creada en 1964 por la Asociación Médica Mundial (200), que además de recoger los principios éticos para la investigación médica, adquiere medidas sobre la privacidad de las personas que colaboran en el desarrollo de un estudio.

En relación con lo último, y en lo relativo a la privacidad, protección, tratamiento de datos personales y transferencia de éstos, las investigaciones siguen el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 (201), así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (202).

En la misma línea, cabe destacar que, el estudio consta de la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Burgos (España), siendo IR 06/2021 el número de referencia de la misma. Es más, con el fin de garantizar el anonimato durante todo el proceso de investigación, el nombre de los participantes y/o toda información que pueda utilizarse para identificar a las personas, se sustituye por un código formado por la inicial de la localidad de residencia y un número aleatorio.

Asimismo, y debido a que los estudios están enmarcados en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo, durante todo el proceso de investigación se siguen las directrices de la normativa establecida por la

“European Commission by the European Group on Ethics in Science and New Technologies” (203).

A su vez, también se ha tenido en cuenta el código ético de la disciplina propuesto por la “World Federation of Occupational Therapy” (204), que además de describir los principios éticos y valores profesionales, insta el compromiso y favorece la relación con la sociedad en la que se desarrollan las investigaciones (205).

Cabe destacar que, en todos los estudios se informa a los participantes, en su lengua materna y con un discurso adaptado a sus características lingüísticas y cognitivas, sobre el objetivo final de la investigación y las técnicas necesarias para recopilar la información, siendo en todo momento voluntaria su participación, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto conlleve ninguna repercusión.

No obstante, y en lo relacionado con los principios del consentimiento informado, teniendo en cuenta las peculiaridades socioculturales de los escenarios de actuación y con el fin de evitar que los y las participantes se sientan invadidos al firmar un documento de carácter occidental, y aunque todas las personas dan su consentimiento verbal, el certificado oficial es firmado por los responsables de las entidades (Anexo X).

Por último, es importante señalar que, atendiendo al método etnográfico, el proceso de investigación es flexible. Por consiguiente, permite tener en cuenta las cualidades e intereses de las personas e implica respetar las creencias propias del país, así como el ritmo y la cotidianidad de los participantes. Lo cual, a su vez, evita que la investigadora interfiera en los discursos y respuestas de los mismos.

#### **7.4. Diseño de investigación**

*Aquella teoría que no encuentre  
aplicación práctica en la vida, es una  
acrobacia del pensamiento.*

**Swami Vivekananda**

El diseño de investigación o metodología mixta, es aquella en la que los investigadores recolectan, analizan y combinan datos cuantitativos y cualitativos en un único estudio (179, 180, ,181). Siendo, la complejidad de la pregunta de investigación, al ser imposible abordarla mediante una única aproximación metodológica, la justificación del desarrollo de un estudio mixto (182, 183, 184).

En relación con ello, el pilar fundamental de la presente tesis doctoral, es la ocupación, que según Moruno Miralles (25) es aquella faceta que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo que, a su vez, permite cumplir las demandas sociales de la comunidad de pertenencia, así como el quehacer a través del cuál el ser humano se distingue y expresa, constituyendo y creando la identidad personal, cultural y social.

Sin embargo, el significado y la conceptualización de la ocupación, en un mundo VUCA (98), se des-construye y construye en función del contexto, ideología, y un todo que rodea a la persona. Siendo, por lo tanto, un fenómeno complejo.

Reflejo de ello, son los numerosos encuentros y desencuentros, que giran entorno al significado y valor real de la ocupación en el contexto de estudio producidos con la población local en los diferentes trabajos de campo realizados por la investigadora.

A continuación, y aunque son muchos los testimonios que cuestionan el significado de la ocupación, se expone una narrativa recogida en el cuaderno de campo durante el desarrollo de los proyectos en Marruecos.

*“La ocupación, terapia ocupacional. ¿qué es? ¿tiene sentido aquí y ahora? Dicen que somos seres ocupacionales, pero ¿qué es eso?”*

*Hacer cosas, estar ocupado. Desde pequeña me han enseñado que tenía que estar haciendo cosas constantemente, porque si no, mi vida no tendría sentido. Durante muchos años he seguido los consejos de mis ancestros, y he estado en un sinfín de actividades, que muchas de ellas le han dado sentido a mi vida, pero otras muchas no. ¿eso es la ocupación? Pero, yo puedo estar ocupada y no “hacer” nada, al menos que sea tangible, pero mi mente ir a mil por hora, como un coche de formula uno ¿acaso eso no es ocupación?”*

*Permíteme decirles, que para mi, la ocupación va más allá, es eso que da sentido a mi vida. Eso que todas las mañanas al despertarme me da la motivación de salir de la cama. Eso que me hace ser yo, con todo mi ser.*

*Pero, entonces mi duda es, las personas que están privadas de libertad, ¿no son seres ocupacionales? O cuando alguien impone sobre otra persona, tanto en los quehaceres, gustos, ideología... ¿No son humanos?”*

*Dicen que cuidarme de mi misma, o jugar o trabajar, son ocupaciones en sí. Creo firmemente que esa clasificación, es muy bonita, y requiere un arduo trabajo, pero que no sirve en todo el mundo. Cada cultura, cada región, tiene su propia clasificación y sobre todo su propio significado de la ocupación. Es más, al imponer esa clasificación “universal” se produce en cierta manera una privación, como si estuviésemos en una cárcel, que nos prohíben ser y sentir nuestra persona, y como consiguiente hacer. ¿Qué pasa entonces, que el resto de mundo que tenemos una visión distinta sobre la ocupación, no somos seres ocupacionales?”*

*Me resulta paradójico tener entre mis manos una clasificación donde el ocio y tiempo libre sea un área en si misma, ¿y las personas que no lo tenemos? O, mejor dicho, ¿qué es ocio? y ¿tiempo libre? ¿Es algo que hago cuando estoy libre? Pero en según estos supuestos del norte, tiene que ser algo que me agrade o que me guste, ¿pero si es imposible?*

*Me resulta más paradójico aún, que la espiritualidad sea considerada como “factor del cliente” o que el contacto con la naturaleza sea tratado como secundario o ni siquiera aparezca, cuando para nosotros son los primeros.*

*Más paradójico aún es el deseo y ansia de “hacer”. Pero no solo eso, sino “hacer solo o sola” sin depender de nadie. Para mi, eso no es un objetivo, sino un área a interoenir. Yo he buscado, busco y buscaré la pertenencia, el “hacer” si, pero conjunto, el depender al fin y al cabo me da felicidad, nos da felicidad.*

*Y eso, según la ocupación del norte es lo que se tiene que romper, porque según ellos, si, seres ocupacionales pero autónomos, individuales, yo. Y para nosotros, seres ocupacionales por supuesto, pero en comunidad, en compartir, en unión, no tanto en el hacer, sino en el ser, sentir y sobre todo en pertenecer.*

*¿Eso significa que tengo que ir a terapia? O, más bien, que estamos ante un termino complejo y con diferentes significados y cosmovisiones.*

*Otro de los aspectos que más surrealistas me parece es el sistema de evaluación de algo tan subjetivo y abstracto como es la ocupación. ¿Qué es ir al baño? Supongo que estos papeles son contruidos en países donde el agua no es un problema y donde todo el mundo tiene un baño cómodo en sus casas. Pero, claro, si ir al baño implica calcular el agua, ir al pozo a por agua, buscar un sitio seguro, colocarme en una posición de sentadilla durante un tiempo, ¿Qué puntuación obtengo? ¿Lo mismo? No digo que sea mejor, o peor, simplemente diferente.*

*Y como diferente que es, la ocupación es para mí, el termino más complejo que puede existir en el diccionario, o al menos en el mío. Donde, permítanme decir que me resulta inhumano, un termino tan poderoso, que engloba y da sentido a TODO, se imponga un punto de vista, una definición, una clasificación dominante, excluyendo a todo el resto. Todos tenemos ocupaciones, todos somos seres ocupacionales, ¿Por qué no escuchar, visibilizar otros saberes? Solo entonces, y cuando se lleve a cabo un proceso y periodo de conocer el lugar donde estamos, la cultura, la ocupación tendrá el poder que lleva implícito, y podrá cambiar todo. porque así lo creo, así lo creemos, al menos, aquí, en África (M5S)”.*

Por ende, y atendiendo a los postulados de la perspectiva mixta, que aboga por el pragmatismo, prioriza el objetivo de la investigación y pone los métodos al servicio de éste, y no al revés (180, 183, 184). Con el fin último de considerar y reivindicar la ocupación como agente de transformación social, teniendo en cuenta la diversidad del mundo actual, se recogen, analizan e integran los hallazgos utilizando aproximaciones y/o métodos cualitativos y cuantitativos (Figura 13), que, a su vez, fomenta construir y diseñar teorías y praxis más completas, compresivas y acordes al aquí y ahora del mundo global.



*Figura 13. Proceso planteamiento investigación / intervención mixta.  
Fuente: A partir de "Toward a Unified validation Framework in Mixed Methods" (178).*

- **Análisis de datos cualitativos**

El análisis de los datos cualitativos obtenidos en los tres estudios que conforman la presente tesis, se realiza siguiendo las indicaciones de la Teoría Fundamentada (206, 207), que más allá de describir la realidad, añade un componente interpretativo al proceso de investigación (208).

Es más, la TF utiliza el método inductivo para describir teorías, conceptos e hipótesis partiendo de los datos del escenario de investigación, y no de supuestos, de otros estudios o de marcos teóricos ya existentes (207). Por lo que, en cierta manera, obliga al investigador desaprender lo aprendido y centrarse exclusivamente en los datos del contexto de actuación.

Siguiendo las directrices de esta teoría, el análisis de datos es un proceso de comparación constante que, a su vez, conlleva generar conceptos y teorías que explican la realidad estudiada mediante la dialéctica de la sorpresa, también conocida como la iluminación recíproca (208).

Así, y con el objetivo de conocer y analizar las narraciones y vivencias de los participantes que guían y sustentan el diseño y desarrollo de intervenciones de Terapia Ocupacional, primeramente, y antes de realizar un análisis conjunto de los diferentes proyectos, se realiza un estudio de cada campo de trabajo.

Lo cual, además de favorecer la reflexión e intercambio de conocimientos entre la población local y la investigadora, permite conocer el significado real de la ocupación e identificar las actividades significativas personales y culturales que, permiten diseñar y llevar a cabo intervenciones con el fin de generar una transformación social, hacia una sociedad más justa, equitativa, responsable e inclusiva.

La TF propone tres etapas (Figura 14) fundamentales para el proceso de análisis de datos que implica una investigación; la descripción subjetiva de un acontecimiento, la codificación de los datos y la comparación constante (207). Esta última, es debido al proceso circular, donde la recopilación y el análisis de datos se realizan de forma simultánea, o lo que es lo mismo, un ciclo inductivo y deductivo reiterativo que recopila los datos y realiza una comparación constante entre los resultados y los nuevos hallazgos (207).

Siguiendo el procedimiento de la TF, el proceso de análisis, reorganización y relación de la información obtenida, se denomina codificación (207). El cual, consta de tres procedimientos;

- **Codificación abierta**

Es el proceso mediante el cual se identifican y examinan los conceptos, determinando sus propiedades y estableciendo las similitudes y diferencias que existen entre ellos (207).

En el caso de los trabajos que sustentan la presente tesis, y debido a que gran parte de la información recopilada no esta disponible en el idioma de la investigadora o existen grandes diferencias en cuanto a los significados otorgados a las narrativas, para facilitar la comprensión holística, la codificación abierta se realiza por párrafos enteros.

Una vez identificados los conceptos generales, estos, se agrupan y/o clasifican en categorías que son establecidas en función a las propiedades, características y dimensiones que aluden a un tema concreto o conceptos similares (207).

- **Codificación axial**

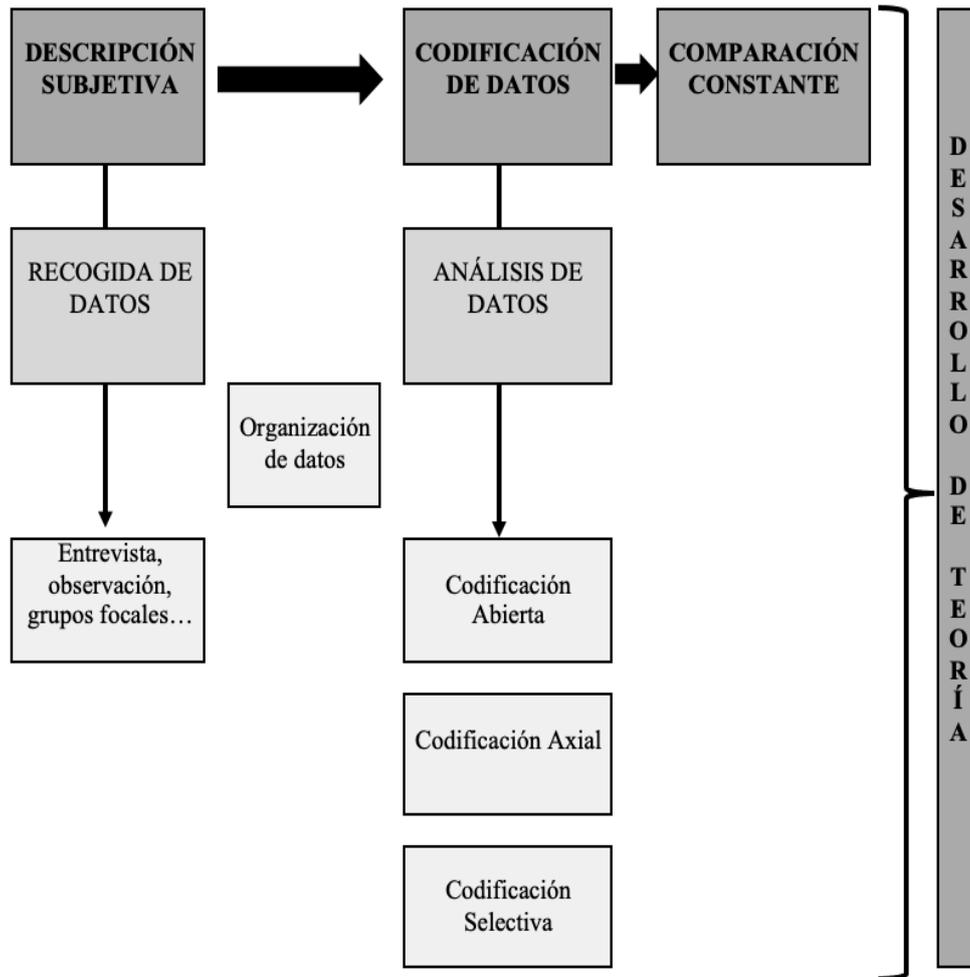
Mediante la codificación axial, el profesional contextualiza el fenómeno estudiado buscando las respuestas a las preguntas de porqué, cómo, dónde y cuál, que conciernen al objeto de estudio (207).

A su vez, se denomina axial, debido a que todo circula alrededor de un eje o categoría principal a la que, de acuerdo con las propiedades, dimensiones y condiciones causales, se crean y asignan subcategorías (208). Siendo estas, las que otorgan especificidad y claridad al fenómeno investigado y facilitan una comprensión más completa y profunda sobre la realidad del estudio (207).

- **Codificación selectiva**

En esta tercera fase, el investigador selecciona y vincula las categorías analizadas previamente para establecer una categoría central o tema principal de investigación. De modo que las categorías surgidas durante todo el proceso, explican, dan soporte y se articulan en forma de teoría (207, 209). Es decir, la codificación selectiva hace referencia al proceso de integrar y refinar la teoría.

Cabe destacar que, en el caso de las investigaciones realizadas, siguiendo la fundamentación de la Investigación Acción Participativa (155, 156, 157) y con el fin de fomentar el intercambio y la cooperación de la población local y validar y contrastar los resultados obtenidos con la realidad de las personas, toda la información final es trasladada a esquemas y/o diagramas explicativos y se presentan tanto a los participantes como a la sociedad general de los escenarios de actuación.



*Figura 14. Etapas de la Teoría Fundamentada para el análisis de datos.  
Fuente: A partir de "The Discovery of Grounded Theory" (206).*

- **Análisis de datos cuantitativos**

Para el análisis de los datos cuantitativos correspondientes, y antes de seleccionar las pruebas estadísticas pertinentes para comprobar las hipótesis propuestas en cada trabajo de campo, y con la finalidad de conocer la distribución de normalidad de las distintas variables, si la muestra es menor que 50 individuos (intervenciones realizadas en Perú) se lleva a cabo el test de Shapiro Wilk, mientras que, en el tercer estudio, al ser más de 50 las personas que participan, se realiza la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

En relación con ello, y atendiendo a los resultados obtenidos en los test de normalidad, se utilizan pruebas paramétricas o no paramétricas, que son realizadas mediante el software informático SPSS V25.0 (IBM), considerando 0,05 el límite de la significación estadística.





## **8. RESULTADOS**



### **8.1. Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos)**

*Quien es auténtico, asume la  
responsabilidad por ser lo que es y se  
reconoce libre de ser lo que es.*

**Jean-Paul Sastre**

*“Efectividad de la intervención desde el enfoque de Terapia Ocupacional comunitaria y  
el trabajo en, con y desde la comunidad con personas con discapacidad en Azrou  
(Marruecos)”*

Se trata de un estudio longitudinal, basado en el trabajo en, con y desde la comunidad desarrollado mediante actividades significativas individuales y/o colectivas.

Esta investigación-acción, se divide en dos bloques, el primero, compuesto por 52 personas con discapacidad que participan en el programa de intervención, y el segundo, en cambio, es una muestra de 42 personas de la comunidad, que aportan información sobre la actitud estigmatizante de la sociedad hacia la discapacidad y si después de realizar una intervención comunitaria, ésta, influye en la disminución del estigma hacia el colectivo.

En ambos grupos, para el análisis de datos pertinentes llevados a cabo mediante el paquete informático SPSS V25.0 (IBM) y con 0,05 como límite de la significación estadística, se desarrollan las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para el primer grupo (N=52) y Shapiro-Wilk para el segundo (N=42).

8.1.1. *Comprobar la efectividad de una intervención realizada desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria en la volición, calidad de vida y autoestigma de las personas con discapacidad de Azrou (Marruecos).*

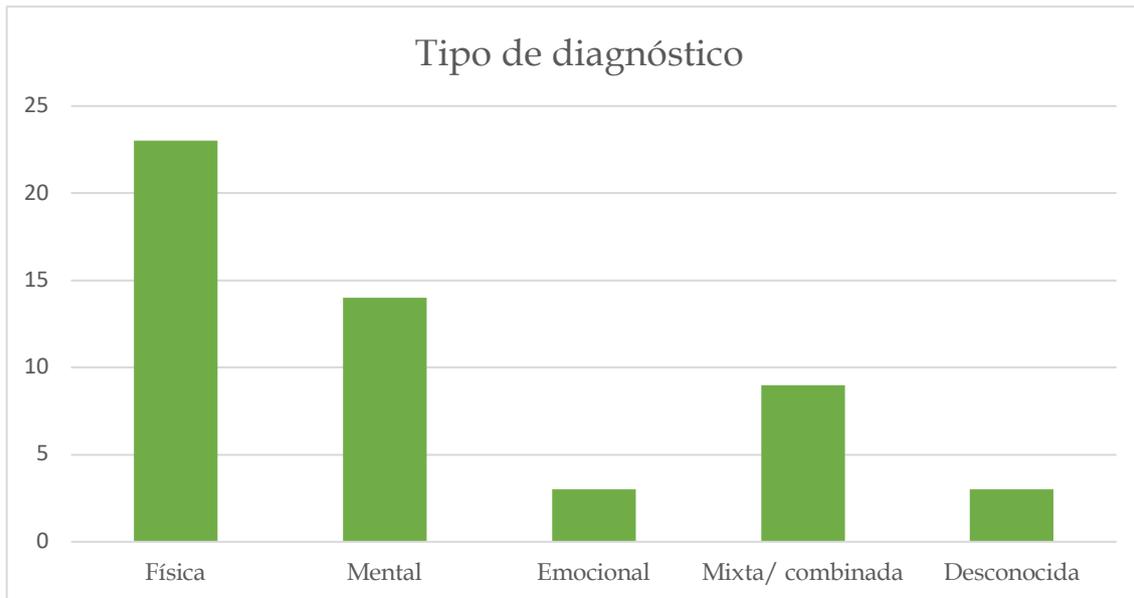
*Resultados del primer grupo: intervención con personas con discapacidad (N=52).*

- ANÁLISIS DESCRIPTIVO

De los 52 participantes, 29 son hombres (55,8%) y 23 mujeres (44,2), con un promedio de edad de 12,08 (DE 6,52) años y en lo referente a la residencia, la mayoría vive en un área rural (N=36; 69,2%) y 16 lo hacen en un área urbana (30,8%).

En cuanto al estado civil, y debido a las edades de las personas que participan en el proceso, la mayoría están solteras (N=42; 80,8%). Así, teniendo en cuenta las edades, la mayoría tiene un nivel de estudios equivalente a preescolar (N=24; 46,2%) o primaria (N=21; 40,4%), 4 tienen estudios de secundaria (7,7%) y solo 3 cursan estudios superiores (5,8%).

En cuanto al diagnóstico principal, la mayoría (N=23, 44,2%) tienen reconocida una discapacidad física, 14 mental (26,9%), 3 de carácter emocional (5,8%), 9 mixta o combinada, es decir, dos o más diagnósticos (17,3%) y 3 presentan una etiología desconocida (5,8%) (Figura 15).



*Figura 15. Diagnóstico principal de los participantes.*  
*Fuente: Elaboración propia.*

Sin embargo, además del informe principal, aunque 16 personas exponen no tener dificultades añadidas (30,8%), 14 manifiestan tener una adicción (26,9%), 11 problemas familiares que interfieren en su vida diaria (21,2%), 8 dificultades en la comunicación (15,4%) y 3 experimentan conflictos cercanos (5,8%) que impactan negativamente en lo cotidiano del día a día.

En relación con ello, para 41 personas el rol del cuidador principal lo ocupan familiares y/o profesionales (78,8%) y para el 11 restante (21,2%) la atención varía entre personas desconocidas y/o población en general.

#### - ANÁLISIS INFERENCIAL

La variable de la edad correlaciona negativamente con la volición en el ocio y tiempo libre ( $r(52) = -0.326, p=0.018$ ) y en el domicilio habitual ( $r(52) = -0.303, p=0.029$ ), igual que en la calidad de vida antes de la intervención ( $r(52) = -0.476, p<0.001$ ), es por ello por lo que los participantes más mayores tienen menos volición y menor calidad de vida.

Asimismo, respecto a la volición en las tres áreas evaluadas, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-post test, siendo el centro de día donde más resultados se han obtenido, seguido del domicilio habitual y ocio y tiempo libre (Tabla 10).

*Tabla 10. Comparación pre-test y post-test de la volición.*

		<b>Media</b>		Z	Valor p
		Pre-test	Post-test		
<b>Cuestionario Volitivo</b>	Volición en el centro de día	16.50	36.00	-6.282	<0.001
	Volición ocio y tiempo libre	14.00	17.00	-6.280	<0.001
	Volición domicilio habitual	14.00	32.00	-6.278	<0.001

*Fuente: Elaboración propia*

Por otro lado, también existen diferencias respecto a la media obtenida en la escala WHOQOL-BREF (calidad de vida) antes (M=38) y después (M=74), de llevar a cabo la intervención, mejorando notablemente la puntuación de la misma. Por el contrario, la media de la autoestigma o estigma internalizado disminuye al comparar las muestras entre el pre-test (M=34,50) y post-test (M=28) (Tabla 11).

*Tabla 11. Comparación pre-test y post-test calidad de vida y autoestigma.*

		<b>Media</b>		Z	Valor p
		Pre-test	Post-test		
<b>WHOQOL-BREF</b>	Calidad de Vida	38.00	74.00	-6.290 <sup>a</sup>	<0.001
<b>SCQ</b>	Conciencia del estigma	34.50	28.00	-5.967 <sup>b</sup>	<0.001

a. Basado en puntuaciones negativas

b. Basado en puntuaciones positivas

*Fuente: Elaboración propia*

A su vez, en relación con las variables evaluadas mediante el cuestionario Ad-Hoc, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y post-test en los apartados de nivel cognitivo, estado emocional, comportamiento ocupacional, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, comunicación e interacción y funcionamiento social, siendo mayor la media obtenida tras realizar la intervención (Tabla 12).

*Tabla 12. Comparación pre-test y post-test variables cuestionario Ad-Hoc.*

		<b>Media</b>			
		Pre-test	Post-test	Z	Valor p
<b>Cuestionario AD-HOC</b>	Estado cognitivo	3.00	6.00	-6.306	<0.001
	Estado emocional	8.00	18.00	-6.283	<0.001
	Comportamiento ocupacional	3.00	7.00	-6.319	<0.001
	Actividades de la vida diaria	4.00	9.00	-6.132	<0.001
	Comunicación e interacción	10.00	20.00	-6.281	<0.001
	Comportamiento social	7.00	14.00	-6.287	<0.001

*Fuente: Elaboración propia*

*8.1.2. Determinar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional comunitaria en la disminución del estigma de la sociedad hacia la discapacidad.*

*Resultados del segundo grupo: estudio de la actitud estigmatizante de la comunidad hacia las personas con discapacidad (N=42).*

- *ANÁLISIS DESCRIPTIVO*

De las 42 personas de las localidades continuas a Azrou que participan en el estudio sobre las actitudes estigmatizantes hacia las personas con discapacidad, 50% son hombres y 50% mujeres, con una edad comprendida entre 8 y 64 años ambos inclusive (M= 31,31, DT 14,75), 25 residentes en áreas rurales (59,5%) y 17 en la ciudad (40.5%).

- *ANÁLISIS INFERENCIAL*

Aunque los datos obtenidos muestran que la edad no correlaciona con la actitud estigmatizante, en relación con la intervención realizada con el primer grupo o con las personas con discapacidad, muestra que hay diferencias estadísticamente significativas tanto en la puntuación total del cuestionario como en sus dimensiones (Tabla 13).

**Tabla 13.** Comparación de los datos pre y post test en el grupo de las personas de la comunidad o sin discapacidad.

		<b>MEDIA</b>			
		Pre test	Post- test	Z	Valor p
<b>CUESTIONARIO AQ-27 ADAPTADO AL CONTEXTO SOCIOCULTURAL</b>	Responsabilidad	13.00	16.00	-4.469 <sup>a</sup>	<0.001
	Irritabilidad	21.00	8.00	-5.655 <sup>b</sup>	<0.001
	Piedad	15.00	16.00	-3.765 <sup>a</sup>	<0.001
	Ayuda	10.00	20.00	-5.652 <sup>a</sup>	<0.001
	Peligrosidad	21.00	8.00	-5.655 <sup>b</sup>	<0.001
	Miedo	19.50	6.00	-5.669 <sup>b</sup>	<0.001
	Evitación	20.00	11.00	-5.627 <sup>b</sup>	<0.001
	Segregación	24.00	9.00	-5.695 <sup>b</sup>	<0.001
	Coacción	21.50	10.00	-5.653 <sup>b</sup>	<0.001
	Actitud estigmatizante total	167.50	103.00	-5.646 <sup>b</sup>	<0.001

a: basado en puntuaciones negativas  
b: basado en puntuaciones positivas  
AQ-27= Cuestionario de Atribuciones

*Fuente: Elaboración propia*

## **8.2. Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú)**

*La cultura no hace a la gente. La gente hace la cultura. Si es verdad que no forma parte de nuestra cultura el hecho de que mas mujeres sean seres humanos de pleno derecho, entonces podemos y debemos cambiar nuestra cultura.*

**Chimamanda Ngozi Adichie**

### *8.2.1. Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental*

*“Intervención desde Terapia Ocupacional con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental en Piura (Perú)”*

Es un estudio prospectivo longitudinal desarrollado con mujeres residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).

Atendiendo a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, se realizan pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo la normalidad de las variables a estudiar. Las cuales, se analizan mediante el software estadístico SPSS V25.0 (IBM), siendo 0,05 el límite de la significación.

8.2.1.1. *Evaluar el efecto de una intervención basada en el desempeño ocupacional sobre el estado cognitivo, emocional, social y ocupacional de un grupo de mujeres con problemas de salud mental residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).*

- ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La muestra inicial es de 23 mujeres residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú), sin embargo, 5 abandonan voluntariamente el estudio, formando así una muestra final de 18 participantes, con una media de edad de 56,17 (DE 16,67). De las cuales 72,22% residen en el mismo Complejo y 27,88% tienen más de 4 ingresos mensuales al año.

A su vez, todas las participantes presentan un diagnóstico de enfermedad mental de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10. Así, 66,7% personas son diagnosticadas con algún tipo de esquizofrenia, 16,7% de trastorno de bipolaridad, 11,1% de depresión mayor y 5,5% de ansiedad.

De acuerdo a los datos obtenidos por las entrevistas Ad-Hoc, 66,6% de las mujeres dedican su tiempo libre a dormir o ver la televisión y 30,4% colaboran en la lavandería o participan en actividades físicas o religiosas. Sin embargo, el 61,1% manifiestan el deseo de participar en actividades relacionadas con la cocina y/o actividades artísticas.

- ANÁLISIS INFERENCIAL

Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas antes y después del diseño y puesta en marcha de la intervención en el estado cognitivo de las mujeres ( $p=0,004$ ), más en concreto en la memoria y atención. (Tabla 14).

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*

*Tabla 14. Comparación entre los resultados pre y post test. Estado cognitivo.*

Estado Cognitivo	Pre-intervención		Post-intervención		Z	p-Valor
	Media	DE	Media	DE		
<b>Orientación</b>	1,61	0,50	1,56	1,42	(-1,265)	0,206
<b>Memoria</b>	1,67	0,48	1,17	0,38	(-2,324)	0,02
<b>Coordinación visual-espacial</b>	1,67	0,48	1,33	0,48	(-2,449)	0,14
<b>Atención</b>	1,72	0,46	1,50	0,51	(-2)	0,046
<b>Comunicación verbal</b>	1,17	0,38	1,11	0,32	(-1)	0,317
<b>Abstracción</b>	1,94	0,24	1,78	0,43	(-1,732)	0,083
<b>Coordinación</b>	1,61	0,50	1,50	0,51	(-2,849)	0,317

DE= Desviación estándar  
Z= Signo de Wilcoxon

*Fuente: Elaboración propia.*

En lo referente al estado emocional, y siguiendo la puntuación global de la variable no hay diferencias significativas ( $p=0,721$ ), sin embargo, la satisfacción de la vida y la felicidad mejoran notablemente tras la intervención (Tabla 15).

*Tabla 15. Comparación entre los resultados pre y post test. Estado emocional.*

Estado Emocional	Pre-intervención		Post-intervención		Z	p-Valor
	Media	DE	Media	DE		
<b>Satisfacción con la vida</b>	4,06	0,64	3,06	0,45	(-3,626)	<0,0001
<b>Aburrimiento</b>	1,72	0,99	1,79	0,38	0,3	0,7
<b>Miedo</b>	2,33	1,24	2,78	1,00	1,073	0,283
<b>Felicidad</b>	4,00	0,77	1,50	0,51	(-3,624)	<0,0001
<b>Sentimiento de abandono</b>	2,28	0,83	1,11	0,32	1,238	0,216

DE= Desviación estándar  
Z= Signo de Wilcoxon

*Fuente: Elaboración propia.*

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*

Por otro lado, y aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en los ítems relacionados con el cuidado de vejiga, nutrición, higiene, descanso y sueño y cuidado de otros, si hay diferencias en las áreas de cuidado intestinal, vestido, movilidad y manejo del dinero. Por lo que, a nivel general, el estado o comportamiento ocupacional mejora tras la puesta en marcha de la intervención ( $p > 0,00001$ ) (Tabla 16).

*Tabla 16. Comparación entre los resultados pre y post test. Estado Ocupacional.*

Estado Ocupacional	Pre-intervención		Post-intervención		Z	p-Valor
	Media	DE	Media	DE		
Cuidado de la vejiga	1,60	0,24	1,06	0,24	0	1
Cuidado intestinal	1,89	0,32	1,11	0,32	(-3,000)	0,001
Vestido	1,44	0,51	1,00	0	(-2,828)	0,005
Movilidad	1,61	0,50	1,06	0,24	(-2,887)	0,004
Nutrición	1,06	0,24	1,00	0	(-1)	0,317
Higiene	1,44	0,51	1,22	0,43	(-1,155)	0,248
Descanso y sueño	1,06	0,24	1,00	0	(-1)	0,317
Manejo del dinero	1,78	0,43	1,22	0,43	(-2,357)	0,018
Cuidado de otros	1,56	0,51	1,44	0,51	(-1,414)	0,157

DE= Desviación estándar

Z= Signo de Wilcoxon

*Fuente: Elaboración propia.*

Asimismo, en lo relacionado con el comportamiento social, las participantes mejoran notablemente tras la intervención, siendo la diferencia estadísticamente significativa entre los datos pre y post test (Tabla 17).

*Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas.*

*Tabla 17. Comparación entre los resultados pre y post test. Comportamiento social.*

	Pre-intervención		Post-intervención		Z	p-Valor
	Media	DE	Media	DE		
<b>Comportamiento ocupacional</b>						
Relaciones con extraños	1,56	0,71	1,89	0,68	2,449	0,014
Relaciones con conocidos/amigos	2,33	0,91	2,94	0,64	2,840	0,005
Discusiones con conocidos/amigos	3,06	1,39	3,5	1,2	2,31	0,021
Comodidad en grupo	2,00	0,91	3,11	0,58	3,643	<0,0001

DE= Desviación estándar  
Z= Signo de Wilcoxon

*Fuente: Elaboración propia.*

8.2.2. *Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios*

*“Intervención basada en la justicia ocupacional y el Desarrollo de actividades significativas en personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú)”*

Es un estudio prospectivo longitudinal con grupo experimental desarrollado mediante la colaboración de la beca Juventud Vasca Cooperante y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios y su contraparte local el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).

Atendiendo a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, se realizan pruebas paramétricas o no paramétricas dependiendo la normalidad de las variables a estudiar. Las cuales, se analizan mediante el software estadístico SPSS V25.0 (IBM), siendo 0,05 el límite de la significación.

8.2.2.1. *Analizar la relación entre la edad, la volición, la calidad de vida, autoestigma de las personas con alteraciones en el desempeño ocupacional.*

- *ANÁLISIS DESCRIPTIVO*

Un total de 48 personas participan en el proceso, de las cuales 22 (45,8%) son mujeres y 26 (54,2% hombres), con una media de edad de 52,06 (DE 16,46), la mayoría proveniente del área urbana (N=26, 54,2%) y el 22 restante del rural (45,8%).

En lo referente al estado civil, la mayoría están solteros (N=35, 72,9%) y en lo relacionado al nivel de estudios 20 personas tienen una enseñanza equivalente a preescolar (41,7%), 6 secundaria (12,5%), 17 primaria (35,4%) y 5 estudios de colegio (10,4%) categorizado localmente como un nivel intermedio entre preescolar y primaria.

Por otro lado, además del diagnóstico principal, 31 presentan limitaciones en la comunicación, vivencian conflictos cercanos o problemas familiares (64,6%) y 16 necesitan apoyos externos para movilizarse (33,3%), tales como muletas auxiliares, andadores o sillas de ruedas entre otros.

En lo referente al cuidador principal, para 34 residentes el rol del cuidador lo ocupan los profesionales del Complejo (70,8%), para 6 son los propios familiares (12,5%) y para el resto los cuidadores son personas desconocidas (N=4, 8,3%) o ellos/ellas mismos/as (N=4, 8,3%).

*8.2.2.2. Estudiar la efectividad de una intervención de Terapia Ocupacional basada en la justicia ocupacional sobre el autoestigma, la calidad de vida y la volición de las personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú).*

#### - ANÁLISIS INFERENCIAL

Tras comparar los datos obtenidos entre el pre y post test, los resultados son estadísticamente significativos para todas las variables de estudio ( $p > 0,0001$ ). Por un lado, es notable el aumento de la puntuación post test tanto en la volición en las tres áreas evaluadas (centro de día, ocio y tiempo libre y domicilio habitual) como en la calidad de vida. Por otro lado, la puntuación del estigma internalizado o autoestigma de los participantes disminuye tras la intervención desarrollada (Tabla 18).

*Tabla 18. Comparación entre el pre test y post test.*

<b>Variables</b>		<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>t/Z</b>	<b>p-valor (bilateral)</b>
<b>Volición en el centro de día</b>	Pre-test	24,39	6,09	(-14,76) <sup>a</sup>	<0,0001
	Post-test	40,33	7,54		
<b>Volición ocio y tiempo libre</b>	Pre-test	20,69	5,83	5,97 <sup>b</sup>	<0,0001
	Post-test	34,12	9,33		
<b>Volición en el domicilio habitual</b>	Pre-test	24,42	7,29	6,037 <sup>b</sup>	<0,0001
	Post-test	39,67	8,53		
<b>Calidad de vida</b>	Pre-test	57,85	9,37	(-29,47) <sup>b</sup>	<0,0001
	Post-test	87,33	12,05		
<b>Autoestigma</b>	Pre-test	86,67	11,62	(-6,034) <sup>b</sup>	<0,0001
	Post-test	61,54	13,19		

DE= Desviación estándar

a. Prueba de t para muestras independientes

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

*Fuente: Elaboración propia*

A su vez, existe una correlación positiva entre la calidad de vida y la volición en el centro de día ( $p < 0,0001$ ), volición ocio y tiempo libre ( $p = 0,006$ ) y

volición en el domicilio habitual ( $p=0,017$ ), es decir, a mayor volición mejor calidad de vida.

En lo relacionado con la calidad de vida y autoestigma existe una correlación positiva entre ambas variables ( $r(48) = -0,545$ ,  $p < 0,0001$ ). En la misma línea, hay una correlación negativa entre el estigma internalizado y la volición en el centro de día ( $p=0,004$ ) y volición en el ocio y tiempo libre ( $p=0,021$ ), por lo que a menor autoestigma mayor volición en el centro de día y ocio. Sin embargo, según los datos analizados, no hay una relación significativa entre la volición en el domicilio y el autoestigma (Tabla 19).

Finalmente, los hombres mejoran más que las mujeres en las variables de la calidad de vida y autoestigma. Obteniendo una menor puntuación de autoestigma ( $p=0,003$ ) y una mayor en la calidad de vida ( $p=0,009$ ) tras la intervención.

*Tabla 19. Correlación entre la volición, calidad de vida y autoestigma.*

Variables		Pearson/ Spearman	p valor
Volición en el centro de día	Calidad de vida	0,947 <sup>a</sup>	<0,0001
	Autoestigma	(-413) <sup>b</sup>	0,004
Volición en el ocio y tiempo libre	Calidad de vida	0,389 <sup>a</sup>	0,006
	Autoestigma	(-0,333) <sup>b</sup>	0,021
Volición en el domicilio habitual	Calidad de vida	0,342 <sup>a</sup>	0,017
	Autoestigma	(-0,267) <sup>b</sup>	0,067

a. Correlación de Pearson

b. Correlación de Spearman

*Fuente: Elaboración propia*







## **9. DISCUSIÓN**



*Mi ideal más querido es el de una sociedad  
libre y democrática en la que todos podamos vivir  
en armonía y con iguales posibilidades.*

**Nelson Mandela**

Los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral muestran que realizar una intervención basada en actividades significativas personales y culturales bajo la perspectiva intercultural, influye positivamente, por un lado, en el desempeño ocupacional, volición, calidad de vida y autoestigma frente a situaciones de enfermedad o discapacidad, y por otro lado, y como consecuencia de involucrar a toda la comunidad en el proceso terapéutico, favorece la inclusión de las personas en la sociedad, disminuyendo el estigma hacia el colectivo.

El pilar fundamental de esta investigación, es el acceso, elección y realización de actividades propositivas independientemente de la condición personal. En relación con ello, los resultados de las preguntas abiertas realizadas en el cuestionario Ad-Hoc, manifiestan que la mayoría de las personas, bien por alineación ocupacional, entendida ésta como el sentimiento de insatisfacción en la realización de actividades (35), o privación ocupacional, es decir, el estado prolongado de exclusión en la implicación en ocupaciones necesarias y/o significativas (91), y/o por apartheid ocupacional que hace alusión a la restricción o negación de la persona a una participación digna (12, 36), tienen grandes dificultades para acceder y llevar a cabo actividades significativas, lo cual, deroga el derecho y no solo la necesidad de participar en ocupaciones dignas y significativas en lo cotidiano de la vida diaria.

Es por ello, por lo que, mediante la realización de la presente tesis doctoral, además de fomentar un análisis crítico que permita llevar a cabo teorías y praxis

culturalmente seguras y significativas, incentiva y pone en valor a la ocupación como transformación, tanto a nivel individual como social, involucrando en el proceso de cambio a los recursos técnicos, tanto privados como públicos, administraciones, entidades, asociaciones y personas de la comunidad.

A su vez, cabe destacar que, aunque en los últimos años se ha incrementado el interés por estudiar y desarrollar un conocimiento descolonizante (sin imponer los criterios de una cultura y/o contexto dominante) y descolonizado (con una teoría y práctica propia, sin estar tan vinculado al ámbito biomédico), que tenga en cuenta la perspectiva cultural para fomentar el bienestar individual y colectivo, a día de hoy, son muchos los retos que plantea la interculturalidad en lo cotidiano y por lo consiguiente en el proceso terapéutico, siendo ésta, precisamente la originalidad del presente trabajo.

En definitiva, pese a los numerosos esfuerzos de profesionales como Guajardo (23, 124), Simó (12, 13, 37, 43, 94), Zango (10, 11, 20, 21, 42) o Ramugondo (66), la cultura en el ámbito de las disciplinas socio sanitarias y en concreto en Terapia Ocupacional, y la cosmovisión de la interdependencia que ofrece la intervención intercultural frente a la independencia del conocimiento hegemónico, con el fin de crear y fomentar una disciplina consciente y que atienda y aporte a la diversidad de la realidad, se ha de seguir evolucionando e investigando.

No obstante, y pese a ello, los resultados obtenidos en la presente tesis, coinciden en cierta manera con las últimas investigaciones realizadas en el campo, por lo que el enfoque comunitario y la intervención mediante actividades significativas personales y colectivas en contextos interculturales, fomenta por un lado los componentes individuales de la persona y por otro, impacta positivamente en la sociedad, reduciendo el estigma e involucrando a todos los agentes de la sociedad en la creación de comunidades diversas e inclusivas.

### **9.1. Intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos)**

*Cuando hablas, sólo repites lo que ya  
sabes; pero cuando escuchas, quizás  
aprendas algo nuevo.*

**Dalai Lama**

Los principales objetivos de la intervención realizada en el contexto cultural de Marruecos son, por un lado, comprobar la efectividad de una intervención realizada desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria en la volición, calidad de vida y autoestigma de las personas con discapacidad, y por otro, determinar si esa intervención es eficaz para disminuir el estigma de la sociedad hacia el colectivo.

Así, y según los resultados obtenidos, todos los participantes muestran una notable mejoría tras la implementación de la intervención en la calidad de vida, volición en las tres áreas evaluadas (ocio y tiempo libre, domicilio habitual y centro de día) y en todas las variables analizadas mediante el cuestionario AdHoc, que hacen referencia a el estado cognitivo, la conducta ocupacional, las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el estado emocional, la habilidad de comunicación e interacción y funcionamiento social. A su vez, la actitud estigmatizante de la sociedad hacia las personas con discapacidad disminuye en los datos post test.

Fortalecer un modelo de inclusión socio comunitaria con y para personas con discapacidad, donde éstas puedan desarrollar y adquirir roles se considera el pilar fundamental de la inclusión social (210). En relación con ello, el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria, tal y como expone un estudio realizado con 167 personas menores de edad que reciben atención terapéutica en sus

domicilios y en y con la comunidad, es efectiva para mejorar el desempeño ocupacional (211). Resultados que coinciden con los hallazgos del cuestionario AdHoc de la presente investigación. A su vez, una revisión sistemática de 12 artículos sobre la efectividad de las intervenciones de la Terapia Ocupacional comunitaria publicados entre 2007 y 2020 (212), concluye que dicho enfoque es eficaz para el mantenimiento y mejora del desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en la reducción de caídas y mejora de la calidad de vida.

En cuanto a la volición, una investigación realizada en Australia con 244 personas mayores de 70 años (213), expone que existe una relación significativa entre la participación en actividades comunitarias, como en actividades físicas, y la volición de las personas. Manifestando así una correlación positiva, es decir, a mayor participación mejor volición y viceversa.

En la misma línea, otro estudio llevado a cabo con adolescentes con parálisis cerebral, demuestra que los terapeutas ocupacionales pueden mejorar la volición de las personas mediante el desarrollo de actividades que permitan una interacción directa con el contexto real y cercano de las personas (214).

Por otro lado, el estudio “Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial” (215) en el que participan 135 personas con demencia y sus cuidadores más cercanos, expone que la intervención bajo el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria mejora el estado emocional, la calidad de vida, el bienestar y la salud tanto de las propias personas con diagnóstico de demencia como sus familiares/cuidadores, siendo significativa la mejora a partir de las 12 semanas de intervención.

En lo relacionado con la autoestigma, Carrasco, Martín y Molero, manifiestan una relación negativa entre la autoestigma y la calidad de vida, obteniendo diferencias según el género y tipo de discapacidad (216).

A su vez, una investigación llevada a cabo con niños con discapacidad y sus familiares en Zambia (217) llega a la conclusión de que en países con ingresos económicos medio-bajos, el estigma hacia la discapacidad es mayor y por lo consiguiente reduce significativamente la oportunidad de participar en actividades cotidianas. No obstante, la puesta en marcha de intervenciones comunitarias donde no solo participan las personas con discapacidad, sino que instituciones, asociaciones y población en general establecen una red en el proceso terapéutico, reduce notablemente el estigma y las actitudes estigmatizantes, propulsando el trato equitativo entre todos los niños, independientemente de su condición y/o diagnóstico (217). Conclusiones que coinciden con la intervención realizada en el norte de Marruecos, donde al involucrar a toda la comunidad en el proceso terapéutico, el estigma de la sociedad hacia el colectivo disminuye tras la intervención.

Por ende, la intervención realizada en el contexto cultural de Marruecos, proporciona evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones comunitarias en poblaciones donde existe un alto grado de estigma hacia las personas con discapacidad, estableciendo relaciones no jerárquicas y como consiguiente, incentivando la horizontalidad en el poder y conocimiento. No obstante, al igual que lo expuesto por Bourke-Taylor (218), para ello, es preciso el desarrollo de unas teorías y praxis culturalmente seguras y significativas.

## **9.2. Intervención en el contexto cultural de Piura (Perú)**

*Ninguna vida esta completa sin un toque de  
locura.*

**Paulo Coelho**

### *9.2.1. Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental*

Los datos obtenidos en la intervención realizada con las mujeres residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios en Piura (Perú) muestran que existen unas diferencias significativas después de llevar a cabo el plan de Terapia Ocupacional centrado en el acceso y realización de actividades significativas, en el estado cognitivo, emocional, estado ocupacional y comportamiento social

Numerosos estudios realizados con personas con problemas de salud mental, en los que destaca el realizado por Buchain et. al. (219) exponen la eficacia del desarrollo de intervenciones centradas en la persona en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como en la adquisición de roles y valores que favorecen la autoeficacia y la convivencia entre iguales. Hallazgos que coinciden con la propuesta llevada a cabo con las mujeres en Piura, puesto que, tras la intervención, mejoran notablemente en el comportamiento ocupacional, así como en el funcionamiento y/o comportamiento social.

Asimismo, otro estudio realizado en Canadá (220) con personas con enfermedad mental que presentan grandes limitaciones en el desempeño ocupacional y en el uso significativo del tiempo expone que, tras la intervención, los participantes muestran una mejoría en el equilibrio ocupacional. Hallazgos que coinciden con lo expuesto por Aromaa et al (221), donde tras la puesta en

marcha de plan de acción de Terapia Ocupacional, las personas manifiestan tener mejor calidad de sueño y descanso y rutinas saludables.

Lo cual, también está relacionado con la investigación realizada por Birken et. al. (222), en el que se demuestra la eficacia de la Terapia Ocupacional en adultos con enfermedad mental, sobre todo en la mejora del desempeño ocupacional en el autocuidado y ocio y tiempo libre, así como en la gestión y organización de rutinas y la satisfacción con la vida. En lo relacionado el presente estudio, no existen diferencias en cuanto al descanso y sueño de las mujeres, pero si en el autocuidado y en la satisfacción con la vida.

Por otro lado, en una revisión sistemática de 35 artículos que expone diferentes intervenciones realizadas con personas con diagnóstico de enfermedad mental, se observa que la participación en actividades entre iguales en espacios de ocio seguros, favorece la comunicación y la capacidad de liderazgo (223). Resultados que coinciden con el trabajo realizado en el Complejo Sanitario San Juan de Dios, donde los participantes muestran mejoras significativas en la comunicación durante la realización de actividades significativas personales y colectivas.

9.2.2. *Intervención con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios*

Atendiendo a los resultados obtenidos en el trabajo realizado con personas con diagnóstico de enfermedad mental en Piura (Perú), una intervención de Terapia Ocupacional basada en la justicia ocupacional y el desarrollo de actividades significativas es eficaz tanto para disminuir el autoestigma frente a la enfermedad mental, como para aumentar y mejorar la calidad de vida y volición de las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura (Perú).

En los últimos años son muchos los avances realizados sobre la justicia ocupacional y los derechos ocupacionales (224), tan es así que, la base teórica del movimiento del desempeño ocupacional considera el acceso y la participación en actividades significativas primordial para brindar una atención holística en los servicios destinados a la salud mental, considerando, por lo tanto, el impacto a nivel personal, funcional, económica y social (225, 226).

La relación entre la participación en actividades significativas y la volición ha sido analizada en numerosos estudios, en los que destaca el realizado por Carpintero y Vázquez en el año 2017 (220). Quienes muestran el vínculo entre la volición y la participación en actividades relacionadas con el autocuidado, tareas domésticas y/o las desarrolladas en la comunidad, en personas institucionalizadas con diagnóstico de enfermedad mental. En la misma línea, Kramer y Helmes (227), relacionan la motivación y la volición de las personas con problemas de salud mental y la participación en actividades físicas, donde se obtienen diferencias notables en la autoeficacia, planificación y concentración. Resultados que coinciden con la presente investigación, puesto que, en los datos previos a la intervención, los participantes presentan una baja volición y calidad de vida, puntuaciones que cambian tras la puesta en marcha de un programa terapéutico basado en la justicia ocupacional.

Asimismo, varios terapeutas ocupacionales de Canadá llevan a cabo un estudio con personas con enfermedad mental que presentan una desconexión y desequilibrio ocupacional que interfiere negativamente en el desempeño y en el uso significativo del tiempo. Sin embargo, tras la intervención, se obtienen resultados positivos y se expone una relación entre el aumento en la participación en actividades con propósito y el equilibrio ocupacional (228).

En la misma línea, una revisión formada por 18 artículos (229) al igual que un estudio llevado a cabo con población rural bajo el enfoque de la terapia ocupacional comunitaria (230), exponen que las restricciones en la selección y participación en actividades en personas con alteraciones en el desempeño ocupacional interfieren negativamente en la salud y calidad de vida.

Sin embargo, y de acuerdo a lo expuesto por Pico Martínez, León Cadme, Caycedo Casas y Cantos Santana en una investigación realizada con madres migrantes (231), el equilibrio ocupacional conseguido mediante el acceso y realización de ocupaciones con propósito repercute en la adquisición y recuperación de roles básicos que generan seguridad en la persona y proporcionan bienestar, mejorando así la calidad de vida y reduciendo las actitudes estigmatizantes tanto personales como por parte de la sociedad. Lo cual, coincide con los resultados principales obtenidos en el presente trabajo, que hacen referencia a la mejora notable en la calidad de vida y volición tras la puesta en marcha del plan de acción.

Con respecto a la calidad de vida y autoestigma, un proyecto realizado con 100 personas con esquizofrenia expone que los participantes con una mayor autoestigma hacia la enfermedad mental tienen menor calidad de vida (234). Hallazgos que coinciden con otro estudio llevado a cabo con 85 personas con diagnóstico de enfermedad mental grave. En donde destacan el impacto significativo del estigma internalizado frente a la enfermedad mental en la salud y calidad de vida, siendo inversa la correlación, es decir, a mayor autoestigma

menor calidad de vida (233). Dichos resultados son similares a los expuestos en esta investigación, puesto que, tras la intervención, al participar en ocupaciones significativas, aumenta la volición y calidad de vida, y por el contrario disminuye el autoestigma de las personas participantes.

En lo relacionado con la autoestigma y volición, y a diferencia de la investigación realizada por Birken Henderson y Slade (222) donde destacan el impacto positivo de la Terapia Ocupacional en el desempeño en el domicilio y en la disminución del estigma internalizado de las personas institucionalizadas en centros que brindan atención a la salud mental, en los hallazgos del presente estudio se observa que la volición en el domicilio de los participantes y el autoestigma no se correlacionan. No obstante, y de acuerdo a lo expuesto por Vrbova, Prasco et al (234) en un estudio realizado con 52 personas, cabe destacar que, a nivel general, existe una correlación negativa entre la calidad de vida y volición respecto al autoestigma, es decir, la mejora de calidad de vida y volición conllevan a la disminución del estigma internalizado.

Por otro lado, y pese a que son muchas las investigaciones realizadas sobre la perspectiva de género en las disciplinas sociosanitarias y por lo tanto también en Terapia Ocupacional, la brecha entre los beneficios de programas terapéuticos entre hombres y mujeres sigue siendo una realidad (235).

Es más, aunque en contextos socioculturales como el del Perú, destaca la actitud favorable en los últimos años hacia la equidad de género, en algunos estudios como el realizado por Cabanillas-Rojas (236) o Scheerens (237), exponen las diferencias del consumo de alcohol en población juvenil, siendo superior la prevalencia anual de las mujeres frente a los hombres.

A su vez, este último estudio (237) corrobora las enormes diferencias entre ambos géneros en las tareas domésticas y en la vida en la sociedad, es decir, mientras que la mujer mayoritariamente se desenvuelve en micro entornos como

el domicilio o el mercado, el hombre sale a la comunidad. Esto, está relacionado con los resultados obtenidos en la investigación, puesto que, pese a no realizar ninguna diferencia entre ambos géneros en el diseño y puesta en marcha de la intervención, los hombres que participan en el proceso, al tener ya unos roles establecidos y la facilidad de explorar e involucrarse en actividades novedosas, han mejorado más que las mujeres en las variables de calidad de vida y autoestigma.





## **10. LIMITACIONES**



*Cuando observamos las diferentes civilizaciones y vemos los muy distintos estilos de vida a los cuales el individuo ha debido conformarse y a cuyo desarrollo ha debido contribuir, sentimos renovarse nuestra esperanza en la humanidad y en sus potencialidades.*

**Margaret Mead**

Es preciso señalar la presencia de diversos factores limitantes en el desarrollo de la presente tesis doctoral. Para ello, en el siguiente apartado se diferencian las dificultades propias del estudio y las de la investigadora durante el desarrollo del mismo.

- *Limitaciones de la investigadora*

Los principales inconvenientes hacen referencia al desconocimiento de los tramites administrativos y la adaptación a los campos de actuación y a sus contextos socioculturales, la duración de las estancias y la comunicación fluida con los participantes y colaboradores de los proyectos.

La primera, influye sobre todo en la recogida de datos y en el planteamiento y desarrollo de la intervención. Reflejo de ello es que numerosas personas abandonan la investigación por miedo a ser sometidas a un estudio dirigido por una persona externa a su cultura e incluso ponen en duda que la información recopilada se utilice en su contra en los servicios públicos y privados del país.

No obstante, y gracias al apoyo de las contrapartes locales, se facilitan los medios necesarios y se toma el tiempo justo para el proceso de adaptación por ambas partes, sin que ésta interfiera en el proceso de investigación - acción.

La segunda, está relacionada con la duración del proceso, ya que a pesar de ampliar al máximo las diferentes estancias, la investigadora se ciñe a los permisos otorgados por los Ministerios de los diferentes países. Sin embargo, y a pesar de que en un principio ésta supone una gran limitación, sobre todo en la planificación y desarrollo de la intervención, los resultados obtenidos son contrastados tanto con las propias personas participantes, sus familiares, como con toda la comunidad, manifestando en todos los casos su aprobación.

La tercera, influye en la comunicación fluida con la población local, puesto que a pesar de disponer de un traductor en el caso de Marruecos y en Perú tener un idioma común, son notables las dificultades para comprender el significado real de algunos conceptos que interfieren en el estudio.

En relación con ello, cabe destacar que, con el fin de determinar y desarrollar definiciones comunes o al menos conocer el significado de ciertas palabras o expresiones, se realizan mesas de discusión y de compartir con la población en general.

Además, con el objetivo de evitar la invasión tanto del espacio físico como del contexto sociocultural, se lleva a cabo un análisis exhaustivo de las costumbres y características culturales propias de las localidades donde se convive y lleva a cabo la investigación.

- *Limitaciones del estudio*

Aunque en los últimos años son muchas las investigaciones realizadas en el ámbito de la cooperación internacional, la interculturalidad o la intervención comunitaria, a día de hoy la gran mayoría de los estudios y publicaciones siguen desarrollándose bajo una perspectiva occidental e individualista, ignorando las desigualdades y las diferentes perspectivas culturales que apuestan más por la interdependencia comunitaria que por la autonomía individual.

Es por ello, por lo que la elección de los instrumentos de evaluación utilizados es una de las mayores dificultades del estudio. Es más, teniendo en cuenta que la mayoría de las herramientas son diseñadas en áreas urbanas de países occidentales, bajo la tradición biomédica, economía capitalista y religión judeo-cristiana, la selección de éstas para evaluar la realidad de las personas que tienen una diferente cosmovisión, supone realizar una exhaustiva indagación de los instrumentos a utilizar.

A su vez, pese a tratar de utilizar una metodología y sistema de recogida de datos que no interfiere en lo cotidiano de los contextos de actuación, la interpretación y sobre todo el análisis de la información recopilada es otra de las grandes limitaciones de esta tesis doctoral.

Sin embargo, tras establecer grupos de debate con las contrapartes locales, donde participan una muestra representativa de las comunidades de los campos de trabajo, se decide seleccionar y seguir las directrices de la metodología mixta, en el que los datos cuantitativos y cualitativos son expuestas en un nivel horizontal, siendo la primera utilizada más para el proceso de investigación pura y la segunda, además de proveer y facilitar información para contextualizar los datos estadísticos, es la base para el diseño y desarrollo de la intervención.





## **11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN E IMPLICACIONES PRÁCTICAS**



### **11.1. Futuras líneas de investigación**

*Hasta que los leones tengan sus propios  
historiadores, las historias de caza siempre  
glorificarán al cazador.*

#### **Proverbio Africano**

En este apartado, y aunque son muchas las aportaciones y posibilidades para el desarrollo de terapias ocupacionales conscientes y transformadoras, se recogen algunas posibles líneas de investigación y consideraciones que facilitarán además de el desarrollo de teorías y prácticas culturalmente sensibles, la realización de intervenciones que velan por la justicia, equidad, inclusión, cohesión y transformación social.

- Analizar la influencia en el proceso de selección y desarrollo de ocupaciones significativas en la identidad personal en diferentes contextos culturales.
- Explorar e investigar diferentes visiones de las terapias ocupacionales e incluir sus creencias en las bases conceptuales y la academia de la disciplina.
- Incorporar a profesionales con experiencia en diferentes contextos culturales a su cultura personal y profesional y una perspectiva no biomédica o mecanicista en la academia de Terapia Ocupacional.
- Potenciar el valor de la espiritualidad en el diseño y planificación de intervenciones y explorar su relación con el estado de salud individual y comunitario.

- Investigar cómo las preocupaciones del aquí y ahora, como el cambio climático, repercuten en el desempeño ocupacional y buscar y realizar intervenciones significativas de acuerdo al contexto sociocultural.
- Incorporar a profesionales procedentes de diversas partes del mundo en el desarrollo de conocimiento y praxis de Terapia Ocupacional.
- Explorar la importancia de la selección y desarrollo de actividades significativas individuales y colectivas en iniciativas de cohesión social.
- Incluir y valorar las narrativas de las personas en la construcción de conocimientos y prácticas relacionadas con la disciplina.
- Explorar los factores culturales que están presentes en las formas de diagnóstico y tratamiento, así como en el proceso de Terapia Ocupacional.
- Valorar el proceso en sí y todo lo que conlleva la intervención terapéutica y no solo los resultados esperados.
- Incorporar las ocupaciones vinculadas con la interdependencia, como las co-ocupaciones, ocupaciones colectivas y ocupaciones colaborativas en las intervenciones de Terapia Ocupacional.
- Analizar la influencia de las diferentes perspectivas de salud, enfermedad y atención en el corpus teórico y práctico de la Terapia Ocupacional.

- Modificar los programas educativos de Terapia Ocupacional e incorporar el contacto directo con las personas en la comunidad, especialmente con aquellas que viven situaciones socialmente vulnerables y realizar un intercambio de saberes con otras culturas.
- Explorar el impacto que tiene el desarrollo de ocupaciones colectivas en el estado de salud y bienestar.
- Incorporar diferentes perspectivas de salud, enfermedad, atención y tratamiento, tales como los determinantes sociales de la salud, en las asunciones teóricas de la Terapia Ocupacional.
- Ampliar la perspectiva de la ocupación considerando diferentes cosmovisiones del planeta.
- Investigar la supuesta universalización de las herramientas de evaluación y manifestar la necesidad de ser flexibles y adaptar los instrumentos en el proceso de recogida de información.
- Desarrollar terapias ocupacionales descolonizantes (aquellas que no impongan sus criterios) y descolonizadas (que tenga una identidad propia y no subyugada al ámbito médico).

## **11.2. Implicaciones prácticas**

*Aprendí que las personas olvidarán lo que dijiste, olvidarán lo que hiciste. Pero las personas nunca olvidarán como las hiciste sentir.*

**Maya Angelou**

*Permitirme compartir una reflexión y una aportación personal para los terapeutas, futuros compañeros /as y población en general.*

*Eduardo Galeano menciona que “el mundo al revés nos enseña a padecer la realidad en lugar de cambiarla, a olvidar el pasado en lugar de escucharlo y aceptar el futuro en lugar de imaginarlo. En la escuela son obligatorias las clases de impotencia, amnesia y resignación”.*

*Resulta paradójico que, a pesar de la capacidad de crítica e idealismo que hemos adquirido los seres humanos, a día de hoy, en pleno siglo XXI, no seamos capaces de mirar y observar más lejos que nuestros propios zapatos.*

*No estamos solas compañeras, y el mundo, la población y las personas hablan, es hora de escuchar(nos), de imaginar y empezar a construir un aprendizaje compartido atendiendo a las necesidades e inquietudes de aquí y ahora. Si no lo hacemos, de nada servirá lamentarnos dentro de 10 años, cuando la palabra exclusión, cambio climático o violencia, por ejemplo, destruyan la humanidad compartida y la Pachamama.*

*La Terapia Ocupacional, al igual que muchas profesiones, iba a ser la gran revolución del siglo XX, pero algo hemos o estamos haciendo mal, cuando aún nuestra presencia navega sin rumbo en inmensos océanos y definiciones de Terapia Ocupacional. “Si queremos construir una profesión reconocida, una estrategia básica es abordar los principales problemas contemporáneos” (Salvador Simó).*

*Eleani Ramugondo, ya lo decía, “la mayor fuerza del terapeuta ocupacional es creer en el potencial de cada ser humano”. ¿Porqué no empezar (seguir) haciéndolo? Creamos en esa humanidad que comparte, que convive, que respeta, que necesita al otro para desarrollarse, hagámoslo, tejamos una red de conocimiento, de saberes, de experiencias...no para crear una utopía sino para hacer frente a los desafíos del aquí y ahora.*

*Recuperemos nuestro activismo social y “cruzemos el puente hacia una profesión que abogue por la transformación social consciente de la teoría y la práctica y de las necesidades y anhelos ocupacionales de las comunidades” (Inda Zango), “Sumemos juntas para caminar hacia una Terapia Ocupacional transformadora que abandone la supuesta “neutralidad” que esconde ideologías interiorizadas y “naturalizadas” del machismo, racismo y capitalismo (Silvia Sanz).*

*Pero hagámoslo ahora, la crítica es justa y necesaria, pero si no empezamos a construir nuestro puente, ladrillo a ladrillo, palo a palo, nuestro discurso será en vano, y dentro de 10 años seguiremos navegando sin rumbo e imaginando como hubiera sido, si aquel día hubiésemos construido ese puente, ese puente que une saberes y que apuesta por la ocupación como agente de transformación social.*

*El principal reto y sustento de nuestro puente es ofrecer intervenciones culturalmente eficaces, pero sobre todo seguras, alejarnos de esas epistemologías tan arraigadas y establecer una conexión entre lo individual y colectivo. “Si quieres llegar deprisa, ve sola. Si quieres llegar lejos, ve acompañada” (Proverbio africano)*

*“Los terapeutas ocupacionales consideran que tener una ocupación digna y que de significado a la existencia de la persona es tan fundamental para la salud y bienestar como comer, beber y ser amado” (Frank Kronenberg).*

*Hagamos justicia a nuestra profesión, pero sobre todo a nosotros y nosotras, a las personas, garanticemos el acceso a las ocupaciones significativas reales y no aquellas impuestas por el sistema.*

*Ofrezcamos, la posibilidad de explorar, de identificar, de sentir y de realizar aquello que realmente nos aporte.*

*Ofrezcamos, la posibilidad de construir un conocimiento flexible, consciente y plural.*

*Ofrezcamos, la posibilidad de desmontar ideas y constructos “universales” que siguen produciendo el genocidio iniciado en el colonialismo.*

*Incorporemos en nuestros libros, en nuestras investigaciones, en nuestras aulas, diferentes pensamientos que permitan a los futuros profesionales realizar un análisis crítico, sobre qué es nuestra profesión, y facilitemos la construcción de terapias ocupacionales conscientes que promuevan el bienestar personal y colectivo.*

*Unamos fuerza, sabiduría, construyamos cimientos con otras profesiones, con aquellas que tengan el mismo objetivo de transformar la realidad, hagamos/seamos cooperación hacia la justicia, equidad, libertad, sostenibilidad e inclusión.*

*No nos olvidemos de todas y todos que día a día luchan por ello, escuchemo(no)s. Esta en nuestras manos, en el de todos y todas, dar voz y visibilidad a aquello que la sociedad históricamente y sistemáticamente tiende a ocultar.*

*Dejemos de elevar muros, fronteras, barreras, aduanas que nos separan de nosotros mismos. “Solo hay una raza, la raza humana” (Robert Mangaliso Sobukwe). Valoremos, entendamos y aceptemos la diversidad como un plus que nos enriquece y no como una cualidad que separa y, a menudo, desprecia e infravalora al otro, sin ni siquiera dedicar un segundo para comprender. ¿A caso no es la diferencia lo que nos hace únicos y fomenta nuestras capacidades y cualidades?*

*Hagámoslo, construyamos juntos, desde el respeto, desde la diferencia, un puente que reconozca y visibilice la **ocupación como agente de transformación social.***







## **12. CONCLUSIONES**



**12.1. Conclusiones de la intervención en el contexto cultural de Azrou y alrededores (Marruecos)**

*Me sirve tu futuro  
Que es un presente libre,  
Y tu lucha de siempre  
Sí me sirve,  
Me sirve tu batalla  
Sin medalla.*

**Mario Benedetti**

1. La intervención desde el enfoque de la Terapia Ocupacional comunitaria es eficaz para mejorar la volición en el centro de día, ocio y tiempo libre y domicilio habitual, la calidad de vida, el estado cognitivo, el comportamiento ocupacional, las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la comunicación e interacción, el estado emocional y el funcionamiento social.

2. La intervención mejora la conciencia del estigma de las personas con discapacidad que participan en el proceso.

3. El enfoque comunitario es efectivo para reducir las actitudes estigmatizantes de la sociedad hacia las personas con discapacidad en Azrou y localidades continuas.

**12.2. Conclusiones de la intervención en el contexto cultural de Piura (Perú)**

*Si quieres construir un barco, no empieces por buscar madera, cortar tablas o distribuir el trabajo. Evoca primero en los hombres y mujeres el anhelo del mar libre y ancho.*

**Antoine de Saint-Exupéry**

*a) Intervención con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental*

1. La intervención realizada con las mujeres residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura es eficaz para mejorar el estado cognitivo, emocional, ocupacional y social.

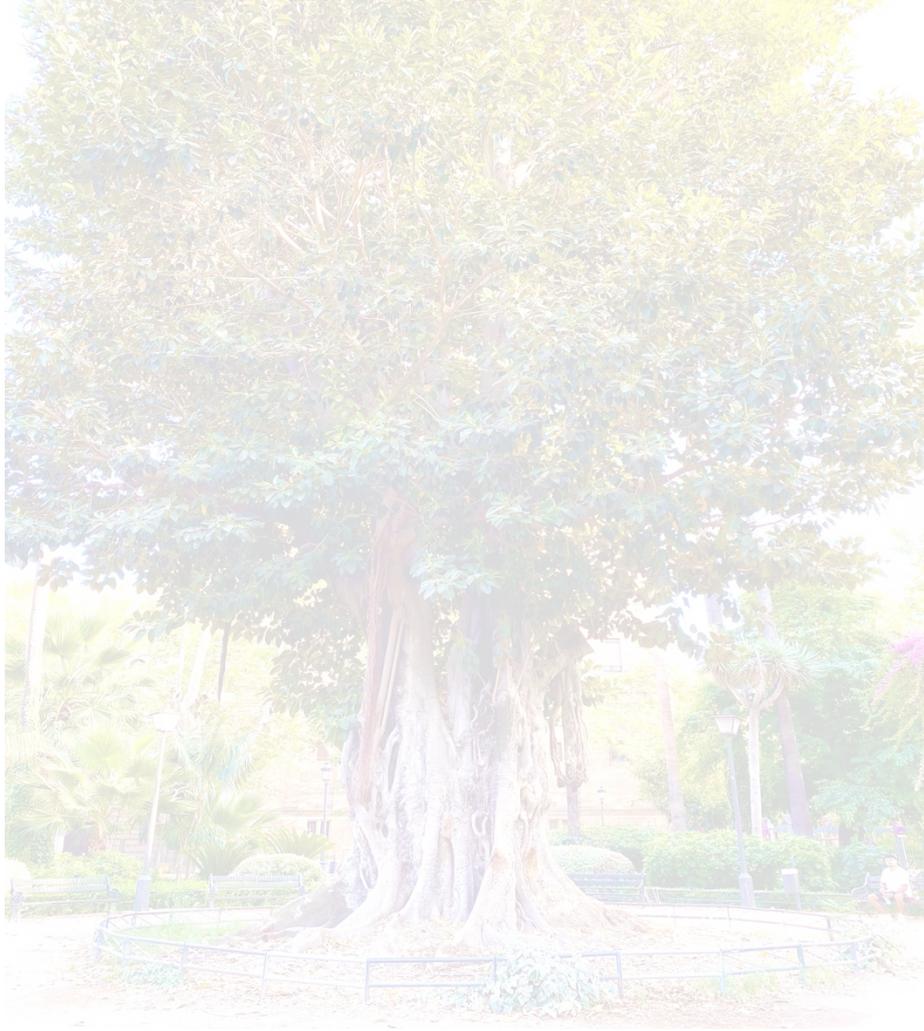
*b) Intervención con las personas residentes en el Centro de Reposo San Juan de Dios de Piura*

2. La intervención basada en la justicia ocupacional y el desarrollo de actividades significativas es efectiva para mejorar la calidad de vida, la volición de los participantes en el centro de día, ocio y tiempo libre y domicilio habitual.

3. El plan de acción desarrollado con las personas residentes en el Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura es eficaz para reducir el autoestigma frente a la enfermedad mental.







### **13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. Polonio López B, Noya Arnaiz B, Durante Molina P. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Buenos Aires: Medica Panamericana; **2001**.
2. Boyt Schell BA, Gillen G, Scaffa ME, Cohn ES. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 12th ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; **2016**.
3. Sanjurjo Castelao G. Philippe Pinel y Terapia Ocupacional: Mitos, leyendas, hechos y evidencias. 1st ed. Málaga: e-critical Training; **2014**.
4. Moruno Miralles P. Perspectiva histórica de la terapia ocupacional. In: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P, editors. Terapia Ocupacional Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; **2003**. p. 5-28.
5. Chapparo C, Ranka JL. Theoretical Contexts. In: Whiteford G, Wright St. Clair V, editors. Occupation and practice in context. Marrickville: Elsevier; **2005**. p. 41-71.
6. Iwama M. Culture and occupational therapy: meeting the challenge of relevance in a global world. *Occupational Therapy International*. **2007** Dec;14(4), 183-187.
7. Mariano Juárez L. Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población inmigrante. In: Fernández Juárez G, González González I, García Ortiz P, editors. La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio. Quito: Abya Yala; **2008**. p. 304-20.
8. Palacios Ramírez J, Rico Becerra JI. Globalización, salud y cultura: aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la antropología social. *Saúde e Sociedade*. **2011** Jun;20(2), 273-286.
9. Mackey H. ¿Do not ask me to remain the same?: Foucault and the professional identities of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2007** Jun;54(2), 95-102.
10. Zango Martín I, Moruno Millares P. Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una

perspectiva intercultural. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*. **2013** Jan 1;08(01), 9-48.

11. Zango I, Emeric D, Cantero PA. La cultura en la intervención de terapia ocupacional: escuchando otras voces. *TOG A Coruña*. **2012**;5, 125-49.

12. Simó Algado S, Kronenberg F, Pollard N. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Medica Panamericana; **2006**.

13. Simó Algado S. Terapia ocupacional, cultura y diversidad. *Cuadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. **2016**;24(1), 163-171.

14. Dyck I. Multicultural society. In: Jones D, Blair S, Hartery T, Jones RK, editors. *Sociology and occupational therapy: an integrated approach*. Edinburgh: Churchill Livingstone; **1998**. p. 67-80.

15. Laliberte Rudman D, Pollard N, Craig C, Kantartzis S, Piškur B, Algado Simó S, et al. Contributing to social transformation through occupation: Experiences from a think tank. *Journal of Occupational Science*. **2019** Apr 3;26(2), 316-322.

16. Iwama M, Simó Algado S. Aspectos de significado, cultura e inclusión en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)*. **2008**;5(8), 1-24.

17. Guajardo A, Simó Algado S. Una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. *TOG (A Coruña)*. **2010**;7(12), 1-25.

18. Parra E. Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional. *Revista de la Facultad de Medicina*. **2015** Aug 25;63(3), 449-456.

19. Galheigo S, Simó Algado S. Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *TOG (A Coruña)*. **2012**;9(15), 1-41.

20. Zango I. *Terapia Ocupacional Comunitaria*. Madrid: Editorial Síntesis S.A; **2017**.

21. Zango I. Terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural. Análisis de las asunciones teóricas básicas. [Tesis doctoral]. Castilla La Mancha: Universidad de Castilla la Mancha centro de estudios socio-sanitarios; **2015**. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/7735>
22. Galheigo S. Terapia ocupacional en el ámbito social: aclarando conceptos e ideas. In: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N, editors. *Terapia Ocupacional sin fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana; **2006**. p. 85-97.
23. Colmenares Escalona AM. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios*. **2012**;3(1),102-15.
24. Meneses Cabrera T, Cardozo Cardona JJ. La etnografía: una posibilidad metodológica para la investigación en cibercultura. *Encuentros*. **2014**;12(2), 93-103.
25. Moruno Miralles P. Una aproximación a la base conceptual de la terapia ocupacional. In: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P, editors. *Teoría Ocupacional Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson; **2003**. p. 83-93.
26. Rubio Ortega C, Berrueta Maeztu LM, Duran Carrillo P. Evolución de la filosofía de la Terapia Ocupacional desde sus inicios como profesión. *TOG (A Coruña)*. **2014**;11(20), 1-23.
27. Kielhofner G. *Fundamentos conceptuales de Terapia Ocupacional*. 3rd ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; **2006**.
28. Pastor Montaña MÁ, Martín Castillo E, Rubio Ortega C. Aportaciones e influencia en la génesis de la Terapia Ocupacional como profesión. *TOG (A Coruña)*. **2014**;11(19), 1-32.
29. Sanz Valer P, Rubio Ortega C, Pastor Montaña MÁ. La influencia de las ayudantes de reconstrucción en la historia de la Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)*. **2013**;10(18), 1-24.

30. Santos del Riego S. Siglo XX. Guerras Mundiales y Terapia Ocupacional. In: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA, editors. *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica 90 años después de su creación*. TOG (A Coruña); **2007**. p. 301-19.
31. Morrison Jara R, Vidal D. *Perspectivas ontológicas de la ocupación humana en terapia ocupacional: una aproximación a la filosofía de la ocupación*. Madrid: Editorial académica española; **2012**.
32. Morrison R, Olivares D, Vidal D. La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. **2011** Dec 30;11(2), 102
33. Dias Barros D, Garcez Ghirardi MI, Esquerdo Lopes R. Terapia ocupacional social: una perspectiva sociohistorica. In: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N, editors. *Terapia Ocupacional Sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana; **2006**. p. 141-53.
34. Hammell KRW, Iwama MK. Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. **2012** Sep 12;19(5), 385-394.
35. Wilcock A, Townsend E. Occupational terminology interactive dialogue. *Journal of Occupational Science*. **2000** Aug;7(2), 84-86.
36. Pollard N, Sakellariou D, Kronenberg F. *A political practice of occupational therapy*. Edinburgo: Elsevier; **2008**.
37. Simó Algado S, Restrepo A, Leonardo J. El colegio del cuerpo: la danza como lenguaje de justicia ocupacional. *TOG (A Coruña)*. **2007**;6(1), 1-22.
38. Dickie V, Cutchin MP, Humphry R. Occupation as Transactional Experience: A Critique of Individualism in Occupational Science. *Journal of Occupational Science*. **2006** Apr;13(1), 83-93.

39. Bonder BR, Martin L, Miracle AW. Culture Emergent in Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. **2004** Mar 1;58(2), 159-168.
40. Iwama MK. Meaning and inclusion: Revisiting culture in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2004** Mar;51(1).
41. Iwama MK, Thomson NA, Macdonald RM, Iwama MK, Thomson NA, Macdonald RM. The Kawa model: The power of culturally responsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*. **2009** Jan 21;31(14), 1125-1135.
42. Zango I, Ulla S. La vida diaria de las mujeres con VIH/sida en Burkina Faso. Jaén: Alcalá Grupo Editorial; **2009**.
43. Simó Algado S. Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. *TOG (A Coruña)*. **2015**;7,25-40.
44. APETO: Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales [internet]. Madrid. [6 de octubre de 2020]. Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.apeto.com/wfot.html>
45. Hammell KW. Sacred Texts: A Sceptical Exploration of the Assumptions Underpinning Theories of Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2009** Feb;76(1), 6-13.
46. Reed K. An annotated history of the concepts used in occupational therapy. In: Christiansen C, Baum C, Bass Haugen J, editors. *Occupational Therapy Performance, Participation, and Wellbeing*. Thorofare: SLACK Incorporated; **2005**. p. 567-627.
47. Álvarez E, Gómez S, Muñoz I, Navarrete E, Riveros ME, Rueda L, et al. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. **2007** Jan 1;7(1), 76-82.

48. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MÁ. *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años después de su creación.* Galicia: APGTO; **2007.**
49. OMS. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores* [internet]; **2014** [2 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sp.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf).
50. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España* [Internet]; Ministerio de sanidad y política social; **2010** [13 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta\\_Politicas\\_Reducir\\_Desigualdades.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf).
51. Fuentes-Avila X, Damián Núñez EF, Carreño-Colchado MM. *Revisión teórica del modelo social de discapacidad. Propósitos y Representaciones.* **2021**, 9(1), 898-916.
52. OMS. *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud.* Ottawa: Organización Mundial de la Salud; **1986.**
53. Cuba MS, Albrecht C. *A 30 años de la Carta de Ottawa.* *Acta Med Peru.* **2017**;34(1), 66-7.
54. OMS. *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud.* Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); **2001.**
55. AOTA. *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition).* *American Journal of Occupational Therapy.* **2017** Sep 11;68(Supplement 1), 625-683.

56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en Salud en España. Madrid: Gobierno de España; **2015**.
57. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: UNAM; **2011**.
58. Reed KD, Hocking CS, Smythe LA. Exploring the Meaning of Occupation: The Case for Phenomenology. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2011** Dec 1;78(5).
59. Hammell KW. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2004** Dec 22;71(5), 296-305.
60. Christiansen CH. Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*. **1999** Nov 1;53(6), 546-558.
61. Gómez Lillo S. Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. **2006** Jan 1;(6), 47-54.
62. Wilcock A. An occupational Perspective of Health. Thorofare: SLACK Incorporated; **2006**.
63. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens Revista Universitaria de Investigación*. **2008**;9(1), 93-107.
64. Gans H. Middle American Individualism. New York: The free press; **1998**.
65. Simó Algado S, Iwama M. El modelo Kawa (rio). *TOG (A Coruña)*. **2008**;5(8), 1-24.
66. Ramugondo EL, Kronenberg F. Explaining Collective Occupations from a Human Relations Perspective: Bridging the Individual-Collective Dichotomy. *Journal of Occupational Science*. **2015** Jan 2;22(1), 3-16.

67. Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Definición de Terapia Ocupacional. In: Romero Ayuso DM, Moruno Miralles P, editors. *Terapia Ocupacional Teoría y Técnicas*. Barcelona: Massson; **2003**. p. 41-51.
68. Christiansen C, Baum C, Fidler G. *Occupational Therapy: Enabling function and well-being*. Thorofare: SLACK; **1997**.
69. Unruh AM. Reflections on: "So... What Do You Do?" Occupation and the Construction of Identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2004** Dec 22;71(5), 290-295.
70. Duncan E. *Foundations for practice in occupational therapy*. 5th ed. Livingstone: Churchill Livingstone; **2011**.
71. de Sousa Santos B. *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*. 2nd ed. Madrid: TROTTA; **2013**.
72. Kapuściński R. *Encuentro con el otro*. Barcelona: Editorial Anagrama; **2007**.
73. Kymlicka W. *Ciudadanía multicultural*. Madrid: Paidós; **1996**.
74. Gergen K. *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós; **1996**.
75. Christiansen CH. Defining Lives: Occupation as Identity: An Essay on Competence, Coherence, and the Creation of Meaning. *American Journal of Occupational Therapy*. **1999** Nov 1;53(6), 547-558.
76. Hinojosa J. Becoming Innovators in an Era of Hyperchange. *American Journal of Occupational Therapy*. **2007** Nov 1;61(6), 629-637.
77. Osorio-Merchán MB, López Díaz AL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*. **2008**;17(4).
78. McGrew AG, Held D. *Globalización / Antiglobalización: Sobre la Reconstrucción del Orden Mundial*. Barcelona: Paidós; **2003**.

79. Graham Sumner W. A study of Mores, Manners, Customs and Morals. Cosimo Classics; **2007**.
80. Ibáñez T. Municiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política. Barcelona: Gedisa; **2001**.
81. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*. **1969** Sep 1;6(3), 167-191.
82. Kirsh B, Trentham B, Cole S. Diversity in occupational therapy: Experiences of consumers who identify themselves as minority group members. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2006** Dec;53(4), 302-313.
83. Meñaca A. Salud y Migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. In: Fernández Juárez G, editor. Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas. Ecuador: Abya-Yala; **2004**. p. 53-64.
84. Yerxa EJ. In Search of Good Ideas for Occupational Therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. **1994** Jan 12;1(1), 7-15.
85. Fernández Juárez G, González González I, García Ortiz P. La diversidad frente al espejo. Salud, Interculturalidad y contexto migratorio. Ecuador: Abya-Yala; **2008**.
86. Muñoz JP. Culturally responsive caring in occupational therapy. *Occupational Therapy International*. **2007** Dec;14(4), 256-280.
87. Flores Martos JA. Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina. Nuevo mundo mundos nuevos. **2011**.
88. Hammell KR. Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. **2013** May 20;20(3), 174-181.
89. Suarez-Balcazar Y. Empowerment and Participatory Evaluation of a Community Health Intervention: Implications for Occupational Therapy. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. **2005** Oct 21;25(4), 133-142.

90. Awaad J. Culture, Cultural Competency and Occupational Therapy: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*. **2003** Aug 5;66(8), 356-362.
91. Odawara E. Cultural Competency in Occupational Therapy: Beyond a Cross-Cultural View of Practice. *American Journal of Occupational Therapy*. **2005** May 1;59(3), 209-215.
92. Galheigo S. Terapia ocupacional en el campo social. In: Simó Algado S, Kronenberg F, Pollard N, editors. *Terapia Ocupacional Sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Madrid: Médica Panamericana; **2006**. p. 85-96.
93. Weinblatt N, Avrech-Bar M. Postmodernism and its Application to the Field of Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2001** Jun 22;68(3), 164-170.
94. Whiteford G, Townsend E, Hocking C. Reflections on a Renaissance of Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2000** Feb 22;67(1), 61-69.
95. Kinsella EA, Whiteford GE. Knowledge generation and utilisation in occupational therapy: Towards epistemic reflexivity. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2009** Aug;56(4), 249-258.
96. Simó Algado S, García Ruiz S. Diseñando políticas comunitarias para la felicidad. *TOC (A Coruña)*. **2011**;8(13), 1-23.
97. Simó Algado S. Terapia ocupacional eco-social. La ocupación humana frente a la globalización. *TOG (A Coruña)*. **2013**;10(7), 1-11.
98. Cordobés M, Sureda M, Carreras I. ¿Hacia donde va el liderazgo social? Nuevas tendencias y competencias. Barcelona: Instituto de Innovación Social de Esade-PwC; **2019**.
99. Bennett N, Lemoine GJ. What a difference a word makes: Understanding threats to performance in a VUCA world. *Business Horizons*. **2014** May;57(3), 311-317.

100. Kondo T. Cultural Tensions in Occupational Therapy Practice: Considerations From a Japanese Vantage Point. *American Journal of Occupational Therapy*. **2004** Mar 1;58(2), 174-184.
101. Pizarro E, Estrella S, Figueroa F, Helmke F, Pontigo C, Whiteford G. Entendiendo la justicia ocupacional desde el concepto de territorio, una propuesta para la ciencia de la ocupación. *Journal of Occupational Science*. **2018** Oct 2;25(4), 16-26.
102. Townsend E. Enabling Occupation: an occupational Therapy Perspective. EEUU: Canadian Association of Occupational Therapists; **1997**.
103. Galvin D, Wilding C, Whiteford G. Utopian visions/dystopian realities: Exploring practice and taking action to enable human rights and occupational justice in a hospital context. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2011** Oct;58(5), 378-385.
104. Whiteford GE, Wilcock AA. Cultural Relativism: Occupation and Independence Reconsidered. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **2000** Dec 22;67(5), 324-336.
105. Sherry K, Zango I. HIV/AIDS, occupational performance and the role of occupational therapy. In: Alers V, Crouch R, editors. *Occupational Therapy An African perspective*. Johannesburg: Sarah Sorten Publishers; **2010**. p. 232-52.
106. Dickie VA. Culture Is Tricky: A Commentary on Culture Emergent in Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. **2004** Mar 1;58(2), 169-173.
107. Royeen CB. Occupation reconsidered. *Occupational Therapy International*. **2002** May;9(2), 111-120.
108. Rudman DL, Dennhardt S. Shaping knowledge regarding occupation: Examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2008** Mar 18;55(3), 153-161.

109. Kantartzis S, Molineux M. The Influence of Western Society's Construction of a Healthy Daily Life on the *Conceptualisation of Occupation*. *Journal of Occupational Science*. **2011** Apr;18(1), 62-80.
110. Iwama M. Seeking relevance to diversity: Australian occupational therapy's promise. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2012** Apr;59(2), 107.
111. Mungi Ngomane N. *Everyday Ubuntu: Living Better Together, the African Way*. London: Bantam Press; **2019**.
112. Rivas-Muñoz F, Garrafa V, Feitosa SF, Nascimento WF de. Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. *Saúde e Sociedade*. **2015** Jun;24(suppl 1), 151-151.
113. Creek J. *Occupational Therapy. New Perspectives*. Londres: John Wiley & Sons; **1998**.
114. Fores Martos JA. Actividades de la vida diaria desde una perspectiva antropología. In: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM, editors. *Actividades de la Vida Diaria*. Barcelona: Masson S.A; **2006**. p. 399-416.
115. Iwama M. Occupation as a cross-cultural construct. In: Whiteford G, Wright-St Clair V, editors. *Occupation and Practice in Context*. Marrickville: Elsevier; **2005**. p. 242-53.
116. Duncan EAS, Paley J, Eva G. Complex Interventions and Complex Systems in Occupational Therapy: An Alternative Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*. **2007** May 5;70(5), 199-206.
117. Hammell KW. Resisting Theoretical Imperialism in the Disciplines of Occupational Science and Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. **2011** Jan;74(1), 37-33.
118. Iwama M. *The Kawa model: Culturally Relevant Occupational Therapy*. London: Churchill Livingstone; **2006**.
119. Quiroga V. *Occupational Therapy History: The First 30 Years, 1900 to 1930*. American Occupational Therapy; **1995**.

120. Morrison R. Pragmatist Epistemology and Jane Addams: Fundamental Concepts for the Social Paradigm of Occupational Therapy. *Occupational Therapy International*. **2016** Dec;23(4), 295-304.
121. WFOT: World Federation of Occupational Therapists [Internet]. Forresfield: WFOT [3 de noviembre 2020]. WFOT Position Paper on Human Rights [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.wfot.org/assets/resources/Human-Rights.pdf>
122. Pollard N, Sakellariou D. Occupational therapy on the margins. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. **2017** Jul 3;73(2), 1-5.
123. Guajardo A, Kronenberg F, Ramugondo EL. Southern occupational therapies: Emerging identities, epistemologies and practices. *South African Journal of Occupational Therapy*. **2015**;45(1).
124. Guajardo Córdoba A. Lecturas y relatos históricos de la Terapia Ocupacional en Suramérica. Una perspectiva de reflexión crítica. *Revista Ocupación Humana*. **2017** Jun 2;16(2), 110-117.
125. Guajardo A. About new forms of colonization in occupational therapy. Reflections on the Idea of Occupational Justice from a critical-political philosophy perspective. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. **2020**;28(4), 1-17.
126. Frank G, Zemke R. Occupational therapy foundations for political engagement and social transformation. In: Pollard N, Kronenberg F, Sakellariou D, editors. *A political practice of occupational therapy*. Edinburgo: Elsevier; **2008**. p. 111-36.
127. Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. [Internet]. Francia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la cultura División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías Sector de Ciencias Humanas y Sociales; **2006**. [4 de noviembre 2020]. Disponible

en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf>

128. de Sousa Santos B. Una nueva visión en Europa: aprender del Sur Global. In: Mendes JM, de Sousa Santos B, editors. *Demodiversidad, imaginar nuevas posibilidades democráticas*. México: Ediciones Akal; 2017. p. 59-92.

129. Hammell KW. Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2019 Jan 2;75(1), 13-26.

130. Nabergoi M, Bottinelli MM. Terapia Ocupacional en Argentina. In: Simó Algado S, Guajardo Córdoba A, Correa Oliver F, Galheigo S, García Ruiz S, editors. *Terapias Ocupacionales desde el sur Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH; 2016. p. 63-8.

131. García Ruiz S. Terapia Ocupacional en Colombia. In: Simó Algado S, Guajardo Córdoba A, Correa Oliver F, Galheigo S, García Ruiz S, editors. *Terapias Ocupacionales desde el sur Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH; 2016. p. 81-4.

132. Simó Algado S. Terapia Ocupacional en España. In: Simó Algado S, Guajardo Córdoba A, Correa Oliver F, Galheigo S, García Ruiz S, editors. *Terapias Ocupacionales desde el sur Derechos humanos, ciudadanía y participación*. Santiago de Chile: Editorial USACH; 2016. p. 85-90.

133. Munguba MC, Malfitano APS, Lopes RE. The debate over the social question in occupational therapy: an integrative review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2018;26(4), 829-903.

134. Esquerdo L. R, Malfitano AP, Silva CR, Borba P. Historia, conceptos y propuestas en la terapia ocupacional social de Brasil. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2015 Aug 1;15(1), 73-84.

135. Dias Barros D, Garcez Ghirardi MI, Esquerdo Lopes R. Terapia Ocupacional Social, una perspectiva sociohistórica. In: Simó Algado S, Kronenberg F, Pollard N, editors. *Terapia Ocupacional sin fronteras*

Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Médica Panamericana; **2006**. p. 141-53.

136. Galheigo S. Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional actividad, cotidiano, diversidad y justicia social y compromiso ético político. *TOG (A Coruña)*. **2012**;5(1), 176-87.

137. Morrison Jara R, Guajardo A, Schliebener M. Conferencia: debates y reflexiones para una Ciencia de la Ocupación crítica y social. Diálogos para comprender la Ocupación Humana. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*. **2016**;2(1), 40-58.

138. Oliver M. (135) Oliver M. ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? In: Barton L, editor. *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata; **1998**. p. 34-58.

139. Arias Gallegos WL. Carl R. Rogers y la terapia centrada en el cliente. *Av Psicol*. **2015**;23(2), 141-8.

140. Rogers C, Kramer M.D. PD. *On becoming a Person: A therapist's View of Psychotherapy*. 2nd ed. EEUU: Mariner Books; **2012**.

141. Guajardo Córdoba A, Recabarren Hernández E, Parraguez Correa V. *Rehabilitación de Base Comunitaria. Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile*. Santiago de Chile: Universidad Andres Bello; **2014**.

142. Millán Muñoz R, Lasso Largo CI. *Rehabilitación Basada en Comunidad: una estrategia local para el acceso a derechos y el ejercicio de la ciudadanía*. García Ruiz S, Vásques Barrios A, Guajardo Córdoba A, editors. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile (USACH); **2019**.

143. García Alonso JV. *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales*. Madrid: Fundación Luis Vives; **2003**.

144. Madrid Pérez A. *Nothing about us without us! El movimiento de vida independiente: Comprensión, acción y transformación democrática*. *Oxímora Revista Internacional de Ética y Política*. **2013**;2(1), 22-38.

145. Plata R. Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. *Norte de Salud Mental*. **2012**;10(4), 62-71.
146. Blain J, Townsend E. Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice: Impact Study Findings. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. **1993** Dec 22;60(5), 271-285.
147. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; **2012**.
148. WFOT: World Federation of Occupational Therapists [Internet]. Forbesfield: WFOT. [28 de noviembre 2020]. WFOT Declaración de Posicionamiento Rehabilitación Basada en la Comunidad [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.wfot.org/resources/community-based-rehabilitation>
149. Kronenberg F, Fransen H, Pollard N. The WFOT Position Paper on Community-based Rehabilitation: A Call upon the Profession to Engage with People Affected by Occupational Apartheid. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. **2005** May 19;51(1), 5-13.
150. Palacios A, Bariffi F. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial Clinca S.A; **2007**.
151. Iáñez-Domínguez A. Vida Independiente y diversidad funcional. Resultados de una investigación social aplicada en la provincia de Sevilla. *Portularia: Revista de Trabajo Social*. **2009**;9(1), 93-103.
152. Carbonell GJ. El movimiento de vida independiente en España. *Revista Española de Discapacidad*. *Revista Española de Discapacidad*. **2019**;7(2), 201-14.
153. WFOT. World Federation of Occupational Therapists [Internet];2014 [5 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.wfot.org>.

154. Dietz G. Hacia una etnografía doblemente reflexiva: Una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*. 2011 Jan 1;6(1), 3-26.

155. López de Ceballos P. Un método para la investigación-acción participativa. Madrid: Editorial popular S.A; 2021.

156. Zapata F, Rondán V. La Investigación-acción participativa. Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña. Lima: Instituto de Montaña; 2016.

157. Garrido Muñoz de Arenillas M del R, Luque Ribelles V, García Ramírez M. La investigación acción participativa como estrategia de intervención psicosocial. In: Buades J, Giménez C, editors. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable Manual de intervención comunitaria en barrios. Valencia: Centro de Estudios para la integración Social y Formación de Inmigrantes (Ceimigra); 2013. p. 101-22.

158. ONG FSF. Felicidad Sin Fronteras [Internet]. Madrid: Felicidad Sin Fronteras; [3 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://felicidadsinfronteras.org/equipo-sfs/>

159. CRSJD PIURA: Complejo Sanitario San Juan de Dios Piura [Internet]. Piura: San Juan de Dios; [23 de febrero 2019]. Disponible en: <http://www.crsjdpiura.com/sanjuan/sede/index/centrodereposopiura>

160. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Oficina de Información Diplomática [Internet]. Madrid; Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación; 2020 [diciembre 2020; diciembre 2020]. Ficha del País. Marruecos [ 20 pantallas]. Disponible en: [http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/marruecos\\_ficha%20pais.pdf](http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/marruecos_ficha%20pais.pdf)

161. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. Marruecos. Madrid: Comisión Española de Ayuda al Refugiado; 2013.

162. Ruiz-Ruiz JJ. La Constitución Marroquí de 2011 y el ensayo de parlamentarización

163. Moustouai A. La diglosia y la poliglosia como proceso de subordinación lingüística: estudio del caso de Marruecos. *Estudios de dialectología norteafricana y andalusí, EDNA*. 2005;9, 139-49.

164. Royaume du Maroc Haut Commissariat Au Plan Direction Regionale de Meknes. Caractéristiques Démographiques et Socio-Economiques. Province Ifrane. [Internet]. Meknes; 2018. [26 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.hcp.ma/region-meknes/attachment/360698/>

165. Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Oficina de Información Diplomática [Internet]. Madrid; Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación; 2020 [febrero 2020; diciembre 2020]. Ficha del País. República del Perú [ 9 pantallas]. Disponible en: [http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/peru\\_ficha%20pais.pdf](http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/peru_ficha%20pais.pdf)

166. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la población peruana 2020. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020. [3 de enero 2021]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf)

167. Ministerio de Salud. Perú. Lineamientos de Política sectorial en Salud Mental. [Internet]. Lima: MINSA; 2018. [23 de marzo 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

168. Ministerio de Salud. Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. Lima: Minsa; [3 de enero 2020]. Departamento de Piura [8 pantallas]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis\\_piura.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_piura.pdf)

169. Gazteaukera: Juventud Vasca Cooperante [Internet]. País Vasco: Eusko Jaurlaritz. [25 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.gazteaukera.euskadi.eus/juventud-vasca-cooperante/inicio/>
170. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación. CIE-10: CDI:10. 4th ed. Madrid: Médica Panamericana; **2010**.
171. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 5th ed. Los Angeles: Sage Publications; **2018**.
172. Hernández Busse FS. Reconstruyendo al sofista Protágoras: Una lectura diferente a la de Platón. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*. **2014**;2, 29-48.
173. Munévar G. Realismo, verdad y relativismo evolutivo. *Praxis Filosófica*. **2011** Dec 5;(20), 5-30.
174. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. Madrid: McGraw Hill; **2007**.
175. Schon D. El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. 1st ed. Barcelona: Paidós Ibérica; **1998**.
176. Roldán C. Ni virtuosos ni ciudadanas: inconsistencias prácticas en la teoría de Kant. *Ideas y valores*. **2013**;62(1), 185-203.
177. Guber R. La etnografía: Método, campo y reflexividad. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; **2011**.
178. Dellinger AB, Leech NL. Toward a Unified Validation Framework in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*. **2007** Oct 29;1(4), 309-322.
179. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*. **2004** Oct 1;33(7), 14-26.

180. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*. **2011** Jun 30;15(1), 15-29.
181. Martha D, Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **2007** Oct;15(5), 179-182.
182. Ochoa R, Nava N, Fusil D. Compresión epistemológica del tesista sobre investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*. **2015**;45, 13-22.
183. Mertens DM. Transformative Paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*. **2007** Jul 29;1(3), 212-225.
184. Tashakkori A, Teddlie C. Handbook of Mixed Methods in social and behavioral research. California: SAGE publications; **2003**.
185. Chern J-S, Kielhofner G, de las Heras CG, Magalhaes LC. The Volitional Questionnaire: Psychometric Development and Practical Use. *American Journal of Occupational Therapy*. **1996** Jul 1;50(7), 426-526.
186. Kielhofner G. Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana-Teoría y Aplicación. 3rd ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; **2004**.
187. Cheraghifard M, Shafaroodi N, Khalafbeigi M, Yazdani F, Alvandi F. Psychometric Properties of the Persian Version of Volitional Questionnaire in Patients with Severe Mental Illness. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research*. **2019**, 6, 86-90.
188. Liu TL, Pan AW, Chung L, Gau SS, Kramer J, Lai JS. Reliability and validity of the Paediatric Volitional Questionnaire-Chinese version. *Journal of Rehabilitation Medicine*. **2012**, 45(1), 99-104.
189. Torres H M, Quezada V M, Rioseco H R, Ducci V ME. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista médica de Chile*. **2008** Mar;136(3), 325-333.

190. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*. **2011** May;139(5), 579-586.
191. Carrasco Rastrilla LF, Martín N, Molero Alonso F. Conciencia de estigma y calidad de vida en personas con discapacidad física y sensorial. *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicología Social*. **2013**;28(3), 259-72.
192. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. **2003** Nov;121(1), 31-49.
193. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. **2018** Oct;11(4), 244-254.
194. Bolivar-Paredes E, Villanueva-Ruska A. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ- 27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General - 2015. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. **2017** Sep 29;80(3), 165-171.
195. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*. **2015**;85(3), 243-249.
196. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós; **1994**.
197. Velasco Maillo H, Díaz de Rada Á. El trabajo de campo. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta; **1997**.

198. Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*. **2018** Jul 13;28(1).

199. Vitorelli Diniz Lima Fagundes K, Almeida Magalhães A de, dos Santos Campos CC, Garcia Lopes Alves C, Mônica Ribeiro P, Mendes MA. Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index de Enfermería*. **2014** Jun;23(1-2), 75-79.

200. Wma.net [Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial; 5 de diciembre 1974 [11 de noviembre 2020]. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

201. Unión Europea Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016. Diario Oficial de la Unión Europea L 191/1, 4 de mayo de 2016.

202. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, numero 294, 6 de diciembre de 2018. 119788-119857.

203. Comisión Europea: CORDIS [Internet]. Bruselas: Ethics in research and international cooperation: 2009 [actualizado 2017-05-2011; citado 15 de octubre 2020]. Disponible en: [https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858\\_es.html](https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858_es.html)

204. WFOT. Code of Ethics [Internet]; World Health Organization; 2008 [actualizado en 2016; citado el 21 de octubre de 2020]. Fundamental Beliefs [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.wfot.org/aboutus/fundamentalbeliefs.aspx>.

205. Cotoc.cat [Internet]. Barcelona: COTOC-Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña [citado el 10 de octubre 2020]. Disponible en: <https://www.cotoc.cat/es/transparencia/codigo-deontologico>
206. Strauss A, Glaser B. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine; **1967**.
207. Strauss A. *Basic of qualitative research. Techniques and procedures of developing Grounded Theory*. London: Sage; **1998**.
208. Willis P, Trondman M. Manifiesto por Ethnography. *Ethnography*. **2000**;1(1), 5-16.
209. San Martín Cantero D. Fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de investigación Educativa*. **2014**;16(1), 103-22.
210. Pino J, Ceballos M. Terapia Ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2015, 15(2).
211. Law M, Majnemer A, McColl MA, Bosch J; Hanna S; Wilkins S, Birch S, Telford J, Stewart D. Home and community occupational therapy for children and youth: a before and after study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2005, 72, 289-297.
212. Estrany-Munar MF, Talavera-Valverde MA, Souto-Gómez AI, Márquez-Álvarez LJ, Moruno-Miralles P. The Effectiveness of Community Occupational Therapy Interventions: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021, 18 (6), 3142.
213. Pritchard EK, Brown GT, Barker AL, Haines TP. Exploring the association between volition and participation in daily life activities with older adults living in the community. *Clinical Rehabilitation*. **2014** Nov 20;28(11), 1136-1144.
214. Dehghanizadeh M, Khalafbeigi M, Akbarfahimi M, Yazdani F, Zareiyani A. Exploring the contributing factors that influence the volition of

adolescents with cerebral palsy: A directed content analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. **2020** Feb 23, 1-11.

215. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, OldeRikkert MGM. Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology: Series A*. **2007** Sep;62(9), 1002-1009.

216. Carrasco LF, Martín N, Molero F. Conciencia del estigma y calidad de vida en personas con discapacidad física y sensorial. *International Journal of Social Psychology*. **2013**, 28(3), 259-271.

217. Hearst MO, Adelli R, Hepperlen R, Biggs J, DeGracia D, Ngulube E, et al. Community-based intervention to reduce stigma for children with disabilities in Lusaka, Zambia: a pilot. *Disability and Rehabilitation*. **2020** Oct 14, 1-10.

218. Bourke-Taylor H, Hudson D. Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Australian Occupational Therapy Journal*. **2005**, 52, 188-198.

219. Buchain PC, Vizzotto AD, Henna-Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Brazil Journal Psychiatry*. **2003**, 25(1), 26-30.

220. Garachana Carpintero, M.L.; Santamaría-Vázquez, M. The Relationship Between Volition and Independent Occupational Performance in People with Mental Disorders. *Occup Ther Ment Heal* **2017**, 33, 394-406.

221. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. **2011**, 65(2), 125-132.

222. Birken M, Henderson C, Slade M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic

disorder following discharge from hospital. *Pilot and Feasibility Studies*. **2018**, 4, 81.

223. Fenton Km White C, Gallant KA, Gilbert R, Hutchinson S, Hamilton-Hunch B, Lauckner H. The benefits of Recreation for the Recovery and Social inclusión of Individuals with Mental Illness : An integrative review. *Leisure Science*. **2017**, 39(1), 1-19.

224. Hocking C. La justicia ocupacional como justicia social : la demanda moral de la inclusion. *Journal of Occupational Science*. **2020**, 24(1), 29-42.

225. Ikiugu, M.N.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maassen, A.; Van Peurse, K. Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-Analysis. *Am J Occup Ther* **2017**, 1-10.

226. Ennals, P.; Fossey, E. The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. *Aust Occup Ther J* **2006**, 54, 11-21.

227. Krämer, L.V.; Helmes, A.V.; Seelig, H.; Fuchs, R.; Bengel, J. Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. *Psychol Health* **2014**, 29, 1206-1225.

228. Edgelow M, Krupa T. Randomized Controlled Pilot Study of an Occupational Time-Use Intervention for People With Serious Mental Illness. *American Journal of Occupational Therapy*. **2011** May 1;65(3), 267-276.

229. Harel-Katz, H.; Carmeli, E. The association between volition and participation in adults with acquired disabilities: A scoping review. *Hong Kong J Occup Ther* **2019**, 32, 84-96.

230. Latorre Y. Analfabetismo y ocupación en población rural. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*. **2020**, 7(1), 58-76.

231. Pico Martínez V.S ; León Cadme M.M ; Caycedo Casas X ; Cantos Santana E.M. Desempeño ocupacional en madres migrantes en situación de vulnerabilidad. *Revista Dilemas Contemporaneos*. **2020**, 30.

232. Tang I-C, Wu H-C. Quality of Life and Self-Stigma in Individuals with Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. **2012** Dec 27;83(4), 497-507.
233. Corrigan PW, Sokol KA, Rüsçh N. The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*. **2013** Feb 22;49(1), 1-6.
234. Vrbova K ; Prasko J ; Ociskova M ; Kamaradova D ; Marackova M ; Holubova M ; Grambal A ; Slepecky M ; Latalova K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders : a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. **2017**, 23(13), 567-576.
235. Moreno Sarmiento B ; Morrison Jara R ; Peña Cáceres D ; Reyes Reyes B. Percepcion de la construccion de género en estudiantes de terapia ocupacional : una aproximacion al género en la vida cotidiana. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. **2018**, 26(1), 163-175.
236. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú : evolución y retos de intervención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. **2020**, 37(1), 148-154.
237. Scheerens D. La población nini en Perú : una perspectiva de género. *Revista Temas*. **2016**, 12, 36-43.







## **14. ANEXOS**



**ANEXO I: Efectividad de la intervención desde el enfoque de Terapia Ocupacional comunitaria y el trabajo en, con, y desde la comunidad con personas con discapacidad en Azrou (Marruecos).**





Article

# Effectiveness of Community Occupational Therapy Intervention in, with and from the Community in People with Disabilities in Azrou (Morocco)

Jerónimo J. González-Bernal, Leire Eiguren-Munitis \*, Josefa González-Santos \*, Mirian Santamaría-Peláez, Raúl Soto-Cámara and Paula Rodríguez-Fernández

Department of Health Sciences, University of Burgos, 09001 Burgos, Spain; jejavier@ubu.es (J.J.G.-B.); mspelaiez@ubu.es (M.S.-P.); rscamara@ubu.es (R.S.-C.); prfernandez@ubu.es (P.R.-F.)

\* Correspondence: lem0006@alu.ubu.es (L.E.-M.); mjgonzalez@ubu.es (J.G.-S.)

**Citation:** González-Bernal, J.J.; Eiguren-Munitis, L.; González-Santos, J.; Santamaría-Peláez, M.; Soto-Cámara, R.; Rodríguez-Fernández, P. Effectiveness of Community Occupational Therapy Intervention in, with and from the Community in People with Disabilities in Azrou (Morocco). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 5602. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115602>

Academic Editors: Manuel García-Ramírez, Yolanda Suárez-Balcazar and Marek Szilvasi

Received: 21 April 2021  
Accepted: 20 May 2021  
Published: 24 May 2021

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Abstract:** In Morocco, the social and environmental context influences the volition and development of meaningful activities, creating physical, personal and social barriers to the occupational performance of people with disabilities. This study develops a community occupational therapy program in order to verify its effectiveness in the volition, quality of life and perceived self-stigma of people with disabilities in the Moroccan city of Azrou, and to reduce the stigma of the community towards people with disabilities in the city. Data were collected from people with disabilities who participated in the program (N = 52), using the Volitional Questionnaire (VQ), The World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-BREF), the Stigma Awareness Questionnaire (SCQ) and an ad hoc interview. In addition, community stigma was assessed by the Attribution Questionnaire (AQ-27) in citizens without disabilities (N = 42). Results confirmed that this intervention favors the inclusion of people with disabilities in their closest environment, improving volition and quality of life and reducing self-stigma. Furthermore, the community's stigma towards people with disabilities was also significantly reduced after the intervention.

**Keywords:** community Occupational Therapy; significant activity; inclusion; Morocco

## 1. Introduction

Disability is defined by the WHO [1] as a complex phenomenon that reflects a close relationship between the characteristics of the person and the environment, being determining of the sociocultural properties. According to the latest WHO results [1], 15% of the world population has some type of disability, and the Moroccan National Survey [1,2] confirms that 5.12% of its population has a diagnosis of disability, or as far as this is concerned, more than one and a half million of the total population. Motor (50.2%) and mental (25.1%) diseases are the most diagnosed, compared to the communicative (10.5%) and metabolic (8.5%) ones [2,3].

According to Morocco's State Survey [2], the situation of people with disabilities is confusing. Although there are laws in the regulatory framework that underscore and ensure the rights and inclusion of people with disabilities in their community, the reality that many of them live in is very different [3]. Therefore, actions must be taken to ensure compliance with rights and thus achieve personal and community well-being and social participation.

However, despite the fact that there are measures that favor the inclusion of people with disabilities in the public sector, the state report shows that the unemployment rate among this group is five times higher than in the rest of the population [2,3]. In the edu-

educational field, 85.7% of people with disabilities has not received any kind of legal education and, due to the inadequacy of specialized health infrastructures, access to social and health services is impossible for 60.8% of the population [2,3]. As a result, the leading causes of disabilities as well as the treatments available to people with disabilities are unknown [2,3]. According to the same report [2,3], more than 43% of respondents attribute the cause of their disability to evil, magical or divine origins.

With regard to the normative concerning disability, over the past 50 years, parliament has made many efforts to establish laws to ensure access to rights and social participation, highlighting Law No. 97/13 of 1993 [4–8], which guarantees social protection and its subsequent adaptation in 2014; the accessibility law; and a labor code that ensures workers' rights [4–6]. In addition, the signing of the United Nations International Convention on the Rights of People with Disabilities [4–6,9,10] includes the rights and obligations of states to safeguard equal opportunities. Despite this, the lack of sensitivity towards this group continues to be a reality. Most of the affected people and their families do not receive any kind of social or economic assistance from governments and institutions, and it is the relatives themselves or close people who place limits both on the development of their autonomy [11], and on the performance of activities and participation in society [12,13]. This results in a situation of occupational deprivation, which is understood as a prolonged restriction of participation in significant activities due to outside circumstances [11,14].

In contexts where health is conceived as equity and social participation [15], the community, understood as a social network that contributes to the determination of integration and social support, gives special relevance to time to design and carry out interventions to promote the social inclusion of people with disabilities in Morocco [16]. At the same time, from occupational therapy (OT), a discipline that promotes the occupational health of the entire population, it is necessary to develop a decolonizing (without imposing the criteria of a dominant culture) and decolonizing (with its own theory and practice, not so linked to the biomedical field) theory and practice that moves away from the hegemonic academy and develops culturally-sensitive and effective interventions [17–19].

Therefore, the community approach to OT proposes three perspectives that, in addition to favoring the participation of all members of society in the therapeutic process, take into consideration the perspective of health as equity and social participation [20]. OT in the community arises with the aim of improving access and occupational participation of all members of the community. This approach is influenced by the Customer Centered Practice Model [21] that was born with the aim of responding to the disadvantages of the biomedical model. In this way, OT in the community requires a structural change to address the needs of clients and does not focus attention on the objectives of professionals [22]. This approach involves interventions for community development, giving particular importance to the context, barriers and policies of the community [23]. Community OT is influenced by the Community-Based Rehabilitation Model [24], which aims to promote the better distribution of community resources, it being the therapist's role to establish partnerships and negotiations with the territory's bodies, as well as to promote community development of people with disabilities [25]. Finally, community therapy is related to the Independent Living Model [26], which offers a different approach to persons with disabilities by promoting the right to equal conditions and encouraging decision-making by people who are disadvantaged [27].

As Kronenberg and Simó defend in their project "Occupational Therapy Without Borders" [13], the community approach to address the occupational problems of the general population responds to aspects that are outside the social welfare system. In this process, the therapist must acquire different roles, such as advocate, case manager and consultant, entrepreneur, supervisor, community program coordinator, researcher and teacher [28,29]. Thus, taking into account the situation of people with disabilities in northern Morocco, the approach of interventions in, with and from the community could promote awareness and reduce exclusion towards disability.

This investigation had two main objectives. On the one hand, the aim of this research was to verify the effectiveness of a community based OT intervention in the volition, quality of life and perceived self-stigma of people with disabilities in the Moroccan city of Azrou. On the other hand, another main objective was to reduce the stigma of the community towards people with disabilities in Azrou. Therefore, the research question was whether a community based OT intervention was effective to improve the volition, quality of life, awareness of stigma and occupational performance of people with disabilities, as well as to reduce the stigma of society towards this group.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Study Design—Participants

Longitudinal study conducted through the focus of working on, with and from the community and based on the development of meaningful activities. The action research process lasted 5 months, and it was carried out with two groups; the first one was composed of people with disabilities that participated in an intervention program (N = 52), and the second one (N = 42) was formed by people without disabilities from the community where the intervention was developed.

The criteria for participating in the group of people with disabilities in the research were to be a beneficiary or to be in contact with the “Happiness Without Borders (HWB) Association” and to reside in Azrou or in the continuous localities. Thus, people who were not linked to the Association or who participated and collaborated with other non-governmental entities were excluded from the study. For participating in the group of people from the community, the criteria were not having any disability and to reside in Azrou.

### 2.2. Procedure

The participants were recruited through convenience sampling, and the methodological design was carried out under the ethnographic approach which, according to Hammersley and Atkinson [30], is the most basic form of social research and requires direct contact with the social agents, recording experiences in a respectful way [31]. It is an approach characterized by the researcher’s participation in the daily life of the people involved in the study, which is essential to know the cultural meanings of the context.

Regarding the group of people with disabilities, participants were selected by the main researchers of the project and the president of HWB, considering those who regularly attended the project called “Rehabilitation and Inclusion”. After this previous work, people with disabilities susceptible to intervention were informed about the objectives and procedure of the investigation, as well as the possible risks and benefits that could derive from it, after which the corresponding informed consents were signed.

Access to people in the community was through their participation in local events and their presence at strategic points of the city, such as the Souk or the Mosque. They were also informed of the objectives and procedure of the research.

After the recruitment of the participants from both groups, the initial evaluation was carried out, prior to the implementation of the intervention in the group of people with disabilities for 16 weeks. People in the community group did not participate in the intervention, although it was developed in their own community, and they were able to see what was being done. One month after the intervention, all variables were re-evaluated for further analysis in both groups.

The Bioethics Committee of the University of Burgos approved the research (Reference IR 7/2018), which was carried out according to the ethics principles of the Helsinki Declaration [32], the Regulation 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 [33], The Organic Law 3/2008 of December 5, protection of personal data and guarantee of digital rights [34], the ethical code of OT [35,36] and the regulations established by the European Commission by the European Group on Ethics in Science and New Technologies [37].

### 2.3. Intervention Process

Prior to the implementation of the intervention, volition, quality of life, awareness of stigma and other relevant variables in the ad hoc questionnaire were evaluated in the group participants with disabilities. Due to their characteristics and the conception of health as something collective, the study variables were evaluated through informants, the caregivers, usually mothers and grandmothers, who provided the information in most cases. Regarding the group of participants without disabilities, no tool adapted to the rural population of Morocco was found, so a meeting was held with 68 people from Azrou and the continuous villages in which the different ways of evaluating the stigma of society towards disability were discussed. It was decided that the AQ-27 questionnaire, despite being aimed at the population with mental illness, was the most appropriate tool after a few simple adaptations. Once adapted, the questionnaire was piloted in a sample of 50 subjects to check its validity and ensure its adaptation to the sociocultural context, to later be completed by the 42 people who made up the study group.

Initial evaluations were performed in both groups, and then intervention sessions were carried out in the group of people with disabilities, from a community approach and based on the realization of significant activities focused mainly on games and leisure. The intervention lasted 16 weeks, during which one-hour sessions were held, 7 days a week.

Individual and group sessions were developed, always with the help of a translator, to facilitate communication between the therapist and the participants. The sessions were elaborated, taking into account the responses of the ad hoc questionnaire, in order to consider the customs and socio-cultural characteristics of the place and the needs and interests of the participants. The intervention activities were agreed upon with the interested person and their closest circle and were planned and developed based on their significant occupations, collected through the previously administered ad hoc questionnaire. The activities were graduated according to the person's needs and were initially developed in a small and structured environment to be later generalized to real contexts, such as participating in family businesses, enjoying a space and leisure activities, or collaborating in activities religious. During the performance of these occupations, in addition to promoting inclusion in the community, individual performance skills such as motor skills, emotional skills, cognitive skills, communication skills and social skills were promoted. By holding the sessions in the community environment, the rest of the population also participated indirectly in the different sessions, which was intended to reduce the stigma of the community and promote inclusive behaviors and thoughts towards this group.

One month after the end of the intervention, a second evaluation was carried out with both groups in order to conduct the subsequent analysis.

### 2.4. Instruments

The data were collected using several standardized scales and an ad hoc interview through participating observation method. The scales made it possible to collect specific data with good statistical value, while the ad hoc interview provided a more global view of the phenomenon studied. Relevant sociodemographic variables such as gender or age were also collected for further analysis. The entire data collection process was carried out in habitual and natural contexts with the aim of observing, listening and maintaining an informal conversation with participants during the development of daily activities and tasks, creating and annotating field notes after observation through reflections with participants.

The evaluation tools used for the group of people with disabilities were the following:

- The Volitive Questionnaire (VQ), which aims to evaluate the volition according to the Human Occupation Model, referring to one of the subsystems of the person [38]. It consists of 14 items that provide individualized and specific information about the person's motivational characteristics, activities and other circumstances that increase

the person's volition, evaluated by a scoring system consisting of P (passive) = 1, D (hesitant) = 2, I (involved) = 3 and E (spontaneous) = 4 [39–41]. Thus, it rates from 4 to 56, and higher score means higher volition.

- The World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-BREF) [42]. It allows one to know the general profile of Quality of Life, through 26 items divided into four dimensions (physical, psychological, social relations and environment) through a Likert type scale of 5 points ranging between 26 and 130, where higher scores mean a better quality of life.
- The Stigma Consciousness Questionnaire (SCQ) [43]: to know the self-stigma of people with disabilities, through 10 items with a Likert scale with 5 response options, 1 being not agree and 5 totally agree. Three items are inverse, and so they were recodified for data evaluation, so it scores from 5 to 50, where the higher scores mean the lower stigma consciousness or auto-stigma.
- Ad hoc interview, divided into two blocks, in which the former collects information on cognitive level and occupational behavior with responses inadequate = 0 and appropriate = 1; emotional state, communication and interaction skills and social functioning with a 1–5 Likert scale; and the activities of daily life (ADL) with values dependent = 0 and independent = 1; in all cases, higher scores are assimilated to better circumstances. The second block consists of four open questions translated and adapted to the cultural and linguistic needs of the country on the significant activities of the person, which was used to plan the significant activities used in the intervention.

All participants of the group of people without disabilities were evaluated by the Attribution Questionnaire (AQ-27) [44], adapted to the context. The original AQ-27 questionnaire assesses the stigmatizing attitude and beliefs towards people diagnosed with mental illness; however, for this research, questions were tailored to the context and collective to be analyzed, emphasizing stereotypes, beliefs and behaviors towards people with disabilities. It consists of 27 items distributed in 9 factors (blame, anger, pity, help, dangerousness, fear, avoidance, segregation and coercion) scoring between 1 and 9, where avoidance items have an inverse score and higher scores mean a higher stigmatizing attitude and beliefs towards people with disabilities [45]. Each dimension consists of 3 items and scores between 3 and 27. Scores greater than 20 are considered high, between 20 and 10 average, and less than 10 low [44]; the total score of the scale can also be considered [46].

### 2.5. Statistical Analysis

A normality analysis was performed using the Kolmogorov–Smirnov test ( $N = 52$ ) and the Sapphire–Wilk test ( $N = 42$ ), which determined that the sample did not fit a normal distribution. Descriptive analysis was performed in terms of mean and standard deviation (SD) in continuous variables and percentages and frequencies in categorical variables. For the inferential analysis, Spearman correlations were performed with the quantitative variables and the Wilcoxon rank-sum test to compare the scores obtained in the pretest and in the post-test in both study groups.

For statistical analysis, it was conducted using SPSS Version 25.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) software, with a set risk of 0.05 as the limit of statistical significance.

## 3. Results

### 3.1. People with Disabilities Participating in the Intervention Program ( $N = 52$ )

Out of the total number of people with disabilities participating in the intervention program ( $N = 52$ ), there were 29 men (55.8%) and 23 women (44.2%), with an average age of 12.08 (SD  $\pm$  6.52) years old. Most people were single ( $N = 42$ ; 80.8%), and regarding the residence area, 69.2% lived in a rural area ( $N = 36$ ) and 30.8% in an urban area ( $N = 16$ ).

Most had preschool studies (N = 24; 46.2%) or primary (N = 21; 40.4%), and only four people had secondary studies (7.7%) and three subjects had higher education (5.8%).

In terms of disability, most had a physical disability (N = 23; 44.2%), 14 people had mental disabilities (26.9%), 3 people emotional (5.8%), 9 mixed disability (17.3%) and 3 subjects of unknown type (5.8%) (Figure 1). Most participants had a primary caregiver (N = 41; 78.8%), whether a family member or a professional. Additionally, most people moved independently (N = 41; 78.8%) and only 11 participants needed mobility aid (21.2%). In addition to the main diagnosis of their disability, there were participants with addictions (N = 14; 26.9%), family conflicts (N = 11; 21.2%), communication difficulties (N = 8; 15.4%) and close fights (N = 3; 5.8%). Sixteen people did not present added difficulties (30.8%).

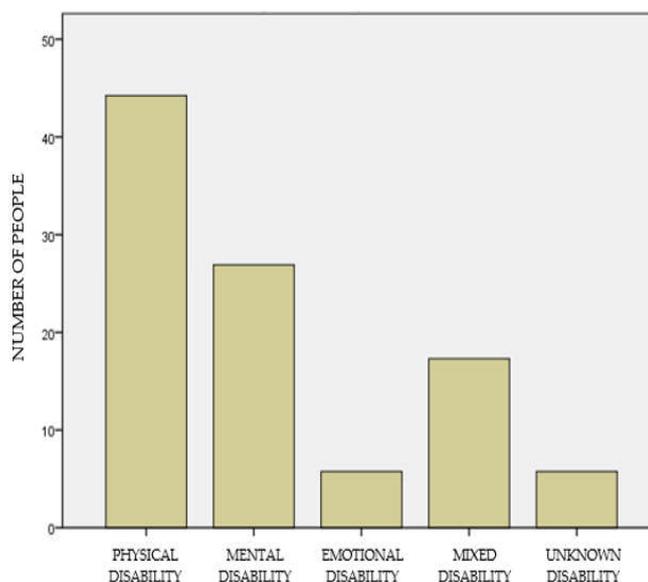


Figure 1. Type of disability.

In inferential analysis, the age variable was negatively correlated with volition in leisure activities ( $r(52) = -0.326, p = 0.018$ ) and at home activities ( $r(52) = -0.303, p = 0.029$ ), as well as with the quality of life prior to the intervention ( $r(52) = -0.476, p < 0.001$ ), so that the older participants had less volition and a lower level of quality of life.

Statistically significant differences were found between the scores before and after the intervention in all the independent variables studied, which are reflected in Table 1.

Table 1. Pre- and post-test comparisons in the group of people with disabilities.

Evaluation tools	Mean		Z	p-Value	
	Pre-Test	Post-Test			
VQ	Volition center	16.50	36.00	-6.282 <sup>a</sup>	<0.001
	Volition leisure	14.00	27.00	-6.280 <sup>a</sup>	<0.001
	Volition home	14.00	32.00	-6.278 <sup>a</sup>	<0.001
WHOQOL-BREF	Quality of life	38.00	74.00	-6.290 <sup>a</sup>	<0.001
SCQ	Stigma consciousness	34.50	28.00	-5.967 <sup>b</sup>	<0.001
	Cognitive level	3.00	6.00	-6.306 <sup>a</sup>	<0.001
Ad hoc questionnaire	Emotional status	8.00	18.00	-6.283 <sup>a</sup>	<0.001
	Occupational behavior	3.00	7.00	-6.319 <sup>a</sup>	<0.001
	ADL	4.00	9.00	-6.132 <sup>a</sup>	<0.001

Communication and interaction skills	10.00	20.00	-6.281 <sup>a</sup>	<0.001
Social functioning	7.00	14.00	-6.287 <sup>a</sup>	<0.001

VQ: Volitive Questionnaire; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life scale; SCQ: Stigma Consciousness Questionnaire; ADL: activities of daily life. <sup>a</sup> Based on negative ranges. <sup>b</sup> Based on positive ranges.

### 3.2. People from the Community Who Completed the AQ-27 Questionnaire (N = 42)

Of the total number of people in the community (N = 42) who completed the AQ-27 questionnaire, 50% were men and 50% women, aged between 8 and 64 years (M = 31.31; SD ± 14, 75). Twenty-five people lived in a rural area (59.5%) and 17 in an urban area (40.5%).

After inferential analysis, age did not correlate with stigmatizing attitude towards people with disabilities. Regarding the effectiveness of the intervention, significant differences were identified between the scores before and after the intervention, both in the total score of the AQ-27 scale and in each of its scores' dimensions (guilt, anger, pity, help, dangerousness, fear, avoidance, segregation and coercion) (Table 2).

**Table 2.** Pre- and post-test comparisons in the group of people without disabilities.

Evaluation tool	Mean		Z	p-Value
	Pre-Test	Post-Test		
Blame	13.00	16.00	-4.469 <sup>a</sup>	<0.001
Anger	21.00	8.00	-5.655 <sup>b</sup>	<0.001
Pity	15.00	16.00	-3.765 <sup>a</sup>	<0.001
Help	10.00	20.00	-5.652 <sup>a</sup>	<0.001
Dangerousness	21.00	8.00	-5.655 <sup>b</sup>	<0.001
Fear	19.50	6.00	-5.669 <sup>b</sup>	<0.001
Avoidance	20.00	11.00	-5.627 <sup>b</sup>	<0.001
Segregation	24.00	9.00	-5.695 <sup>b</sup>	<0.001
Coercion	21.50	10.00	-5.653 <sup>b</sup>	<0.001
Total stigmatizing attitude	167.50	103.00	-5.646 <sup>b</sup>	<0.001

AQ-27: Attribution Questionnaire. <sup>a</sup> Based on negative ranges. <sup>b</sup> Based on positive ranges.

## 4. Discussion

This study aims to clarify whether intervention in, from and with the community based on significant activities is effective for improving the volition, quality of life and stigma consciousness in participants with disabilities, as well as to verify if this intervention, in turn, is able to diminish society's stigmatizing attitude towards these people.

A significant increase in the volition of people with disabilities was found in the three areas of activity evaluated, as well as in quality of life. For its part, the stigma consciousness of people with disabilities themselves was lower after the intervention. Likewise, the variables analyzed using the ad hoc questionnaire also provided indicative results of improvement in cognitive level, emotional status, occupational behavior, ADL, communication and interaction skills and social functioning. Regarding the stigmatizing attitude of society towards people with disabilities, a significant reduction was found after the intervention. The OT theoretical basis consider that interventions based on the performance of specific activities or occupations in certain environments promote the participation of people in these settings and improve performance in these activities [47,48]. In this research, following the axiom that the impact on participation in the ADL has a great impact on their personal, functional, social and economic life [49–51], it was shown that this type of intervention can improve the performance of the participants with disabilities. Furthermore, the stigmatizing attitude of society can be reduced, thereby creating opportunities for community participation for these people.

Strengthening a model of socio-community inclusion for people with disabilities is a vital goal in a way that supports community inclusion, and people with disabilities can develop roles within their membership community; all this is to normalize people with disabilities for their socio-community inclusion [52]. Thus, OT intervention requires the inclusion of the community as an area of development of the person and as a context in which their occupational performance is framed and determined [53]. This study provides an intervention that is effective from this conceptualization, as the results support that such approaches can be beneficial to improve that occupational performance.

Community OT has been shown to be useful in improving occupational performance in children and youth in a study with 167 participants under the age of 18, so that children receiving home and community treatment gained changes in their performance skills [54]. These findings are consistent with those obtained in this study, since improvements were demonstrated in the variables evaluated in the ad hoc questionnaire, in addition to volition. A systematic review about the effectiveness of community OT interventions, which included 12 articles published between 2007 and 2020 [55], concluded that it constitutes a consolidated line of research, but with limited objectives and research areas, so that the studies were predominantly qualitative and descriptive. In addition, the studies analyzed showed an average/low level of evidence, among which the ones that intended to reduce the risk of fall and to improve performance in the ADL were those that showed the best results [55]. Along these lines, in this study the treatment seemed to be effective in improving all the variables studied.

Regarding volition, previous investigations associated this variable with greater participation in certain activities. An Australian study, involving 244 adults older than 70 years, demonstrated a significant association of volition with increased participation in physical activities in older adults living in the community [56]. Another study with adolescents with cerebral palsy demonstrated that occupational therapists can increase the motivation and will of this group through self-efficacy in interaction with environmental characteristics to promote personal causality [57]. Graff et al. [58] found in their study of 135 couples of people with dementia and their caregivers that community OT improves the mood, quality of life and health of both people with dementia and their caregivers, improvement that was significant in the follow-up after 12 weeks. Although this study does not consider the effects on caregivers, it does show similar results in terms of improving people's quality of life. Carrasco, Martín and Molero [43] found a negative relationship between stigma consciousness and quality of life, with differences depending on sex, disability type and reason for disability, in a study that included 201 people with sensory, physical and other disabilities. Another study with children with disabilities and their families in Zambia [59] concluded that in low and middle-income countries, especially in low-income communities, the stigma of disability reduces their opportunities for participation, and they advocated for community-based interventions as a viable and acceptable approach to interacting with the community and families of children with disabilities. Although it was a pilot study, families and individuals in the community reported less perceived rejection from family and peers, but the agreement that children with disabilities should be treated in the same way as other children was minor [59]. These findings are consistent with this research, as there was less awareness of stigma on the part of participating people with disabilities, and a less stigmatizing attitude on the part of the community was observed after the intervention.

The provision of therapeutic services based on western practice in other types of communities causes challenges and conflicts because the differences between cultural beliefs, values and customs are significant and can be an important barrier to the development of interventions; therefore, one study concludes that it is necessary to develop an appropriate epistemology for non-western cultures that provides guidelines for successfully implementing such services tailored to the people of those communities [60]. More research about what kinds of strategies are successful in these non-western contexts through studies developed with and adapted to local populations are needed, such as this research.

This study has both strengths and weaknesses. The implementation of a community intervention in a population with limited resources, and the good results in terms of the participation of both persons with disabilities and their families and the rest of the community, with the aim of improving social participation and reducing the stigma towards disability, is the greatest strength. Furthermore, the fact that there was a significant improvement in all the variables studied is encouraging and facilitates the approach of future similar lines of research in this or other communities. On the other hand, the design has methodological limitations that should be pointed out as weaknesses. The sample was reduced in people with disabilities and in the people who completed the AQ-27 questionnaire, using a non-probability sampling. In addition, there was no control group, so it could not be guaranteed that the changes that occurred were due to the intervention. Although standardized and validated tests were used to evaluate some aspects, in others it was not possible, hence the elaboration of an ad hoc questionnaire, which, despite not having the psychometric properties offered by the validated scales, provides relevant information and highlights the need to create appropriate assessment tools for non-western communities.

The present research provides evidence about the importance of community interventions in populations in which people with disabilities are subject to great stigma from society and from themselves. The community perspective allows professionals to address issues involved with people's reality, generating a space for communication, dialogue and participation, and which also favors social cohesion. It is a continuous, dynamic and dialectical process that improves the living conditions of a certain community and permits the formation of non-hierarchical relationships, maintaining horizontality in power and knowledge. Future research with a larger and more representative sample is recommended, allowing the intervention to be extrapolated to other locations.

## 5. Conclusions

Most of the existing studies have been carried out from a western approach and in populations that are not closely related to the one investigated in the present study. It is necessary to carry out research in this type of population, so this study constitutes an interesting contribution by investigating aspects such as volition in the performance of different activities, quality of life and awareness of the stigma of people with disabilities. Additionally, it considers the stigmatizing attitudes of society towards these people.

The intervention was positive in that it improved all the variables studied using standardized instruments, and, in relation to variables of the ad hoc questionnaire, the intervention was also effective in improving cognitive level, emotional state, occupational behavior, ADL, communication and interaction skills and social functioning. This study provides evidence that justifies community OT intervention and proposes more interventions and research in this line, which appear to be effective. In addition, it would be very convenient to replicate the results and establish studies that include a control group.

**Author Contributions:** Conceptualization, J.J.G.-B. and L.E.-M.; methodology, L.E.-M., J.G.-S., M.S.-P. and P.R.-F.; software, J.J.G.-B. and R.S.-C.; validation, J.G.-S. and M.S.-P.; formal analysis, P.R.-F. and R.S.-C.; investigation, J.J.G.-B., L.E.-M., J.G.-S. and M.S.-P.; data curation, J.G.-S. and R.S.-C.; writing—original draft preparation, L.E.-M. and M.S.-P.; writing—review and editing, J.G.-S. and P.R.-F.; visualization, J.J.G.-B., L.E.-M., J.G.-S., M.S.-P., R.S.-C. and P.R.-F.; supervision, J.J.G.-B. and R.S.-C.; project administration, J.J.G.-B., L.E.-M. and J.G.-S. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This research received no external funding.

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Review Board of the University of Burgos (Protocol code 7/2018—July-2018).

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflicts of interest.

## References

1. WHO. World Report on Disability. Ginebra, 2011. Available online: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf) (accessed on 12 February 2021).
2. Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et de Développement Social. Enquête nationale sur le Handicap 2014. Rabat: Social.gov.ma, 2014. Available online: <https://www.men.gov.ma/Ar/Documents/Rech-Nat2-FBilan-fr.pdf> (accessed on 12 February 2021).
3. Maroc.ma. Ministère de la Culture de la Jeunesse et des Sports. Rabat. Available online: <https://www.maroc.ma/fr/actualites/le-taux-de-prevalence-du-handicap-atteint-68-pc-en-2014> (accessed on 14 February 2021).
4. Burgos, M.C. Aproximación al problema de la discapacidad en Marruecos. *Temas Labor. Rev. Andal. Trab. Bienestar Soc.* **2016**, *133*, 151–192.
5. Martínez, D. Realidad de la discapacidad intelectual en España y Marruecos. *Trabajo Social. Hoy.* **2013**, *70*, 33–54, doi:10.12960/TSH.2013.0014.
6. Commission RSE & LABEL. *Inclusion et Employabilité des Personnes en Situation de Handicap*; Commission RSE & LABEL: Casa-blanca, Morocco, 2017. CGEM. Available online: <https://www.cgem.ma/upload/1574313884.pdf> (accessed on 12 February 2021).
7. Ilo.Org Bulletin Officiel. *Loi-Cadre no. 97–13 Relative à la Protection et à la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap*; Royaume du Maroc: Rabat, Morocco, 2016. Available online: <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/102003/123184/F-408162405/MAR-102003.pdf> (accessed on 19 February 2021).
8. Conseil Economique, Social et Environnemental. *Projet de Loi-Cadre No. 97–13 Relatif à la Protection et la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap*; AVIS du Conseil Economique, Social et Environnemental: Rabat, Morocco, 2015. Available online: <http://www.ces.ma/Documents/PDF/Saisines/2015/S-15-2015-projet-de-loi-cadre-protection-et-la-promotion-des-droits-des-personnes-en-situation-de-handicap/Avis-S-15-2015-VF.pdf> (accessed on 1 March 2021).
9. OHCHR.org: United Nations Human Rights office of the High Commissioner. *Estado de Ratificación Para Marruecos*. 1996. Available online: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=117&Lang=SP](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx?CountryID=117&Lang=SP) (accessed on 14 February 2021).
10. Indicators.ohchr.org.: United Nations Human Rights office of the High Commissioner. *Ratification of 18 International Human Rights Treaties*. 1996. Available online: <https://indicators.ohchr.org> (accessed on 12 February 2021).
11. Dickie, V. Culture is tricky: A commentary on Culture Emergent in Occupation. *Am. J. Occup. Ther.* **2004**, *58*, 169–173, doi:10.5014/ajot.58.2.169.
12. De Sousa, B. *Una Epistemología del Sur. La Reinención del Conocimiento y la Emancipación Social*; Siglo Veintiuno Editors Clacso Editorial: Buenos Aires, Argentina, 2009. Available online: [http://terceridad.net/STR/semestre\\_2017-1/libros\\_completos\\_opcional/De%20sousa,%20B.%20Una%20epistemolog%C3%ADa%20del%20Sur.pdf](http://terceridad.net/STR/semestre_2017-1/libros_completos_opcional/De%20sousa,%20B.%20Una%20epistemolog%C3%ADa%20del%20Sur.pdf) (accessed on 11 March 2021).
13. Kronenberg, F.; Simó, S.; Pollard, N. *Terapia Ocupacional sin Fronteras Aprendiendo del Espíritu de Supervivientes*; Translation: Editorial Medica Panamericana S.A., Madrid, Spain: 2007.
14. Hammel, K.W. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can. J. Occup. Ther.* **2004**, *71*, 296–305, doi:10.1177/000841740407100509.
15. Zango, I. Terapia Ocupacional en Burkina Faso: El viaje de la cultura. *Rev. Inf. Asoc. Prof. Española Ter. Ocup.* **2010**, *53*, 32–35.
16. Navarro, V. Concepto actual de la salud pública. In *Salud Pública*; Martínez, F., Castellanos, P.L., Navarro, V., Ed.: Interamericana McGraw-Hill, Spain; 1998; pp. 49–54. Available online: <https://ifdcsluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf> (accessed on 20 March 2021).
17. Martínez, M.; Larrea, C. Salud intercultural y salud pública. In *Antropología Social, Desarrollo y Cooperación Internacional. Introducción a los Fundamentos Básicos y Debates Actuales*; Martínez, M., Larrea, C., Eds.; UOC: Barcelona, Spain, 2010.
18. Chapparo, C.; Ranka, J. Theoretical Contexts. In *Occupation and Practice in Context*; Whiteford, C.G., Wright-St, V., Eds.; Elsevier: Marrickville, Australia, 2005.
19. Zango, I.; Ulla, S. *La Vida Diaria de las Mujeres con VIH/SIDA en Burkina Faso*; Alcalá Grupo Editorial: Alcalá la Real, Jaen, Spain, 2009.
20. Zango, I. *Terapia Ocupacional Comunitaria*; Síntesis S.A.: Madrid, Spain, 2017.
21. Townsend, E.W. Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional: Procesos prácticos basados en la comunidad. In *Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del Espíritu de Supervivientes*; Kronenberg, F., Simó, S., Pollard, N., Eds.; Médica Panamericana: Madrid, Spain, 2007; pp. 110–126.
22. Zango, I.; Emeric, D.; Cantero, P. La cultura en la intervención de Terapia Ocupacional: Escuchando otras voces. *TOG* **2012**, *5*, 125–149.
23. Guajardo, A.; Recabarren, E.; Parragez, V. *Rehabilitación de Base Comunitaria. Diálogos, Reflexiones y Practicas en Chile*; Servicio Nacional de Discapacidad: Santiago de Chile, Chile, 2014.
24. WHO. *Componente de Salud. Rehabilitación Basada en la Comunidad. Guías para la RBC*; Ginebra, Switzerland: 2012.
25. Sanz, S. Reflexiones y aprendizajes en torno a la Rehabilitación Basada en la Comunidad. *TOG* **2012**, *5*, 206–226.
26. McColl, A. Occupational therapy Interventions in Rehabilitation context. In *Occupational Therapy: Performance, Participation and Well-Being*, 3rd ed.; Christiansen, C., Baum, C.M., Bass, J.D., Eds.; SLACK Incorporated: Thorofare, NJ, USA, 2005; pp. 450–475.

27. Mariano, L. Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población migrante. In *La Diversidad Frente al Espejo: Salud, Interculturalidad y Contexto Migratorio*; Fernández, G., García, P., González, I. Eds.; Abya-Yala: Quito, Ecuador, 2007; pp. 305–320.
28. Doll, J. Community practice in occupational therapy: What is it? In *Program Development and Grant Writing. Making the Connection*; Doll, J., Ed.; Jones and Bartlett Learning, Sudbury, Massachusetts: 2009; pp. 1–31.
29. Scaffa, M. Community based practice: Occupation context. In *Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings*; Scaffa, M.F.A., Eds.; Davis Company: Philadelphia, PA, USA, 2014; pp. 2–18.
30. Hammersley, M.; Atkinson, P. *Etnografía. Métodos de Investigación*; Paidós: Barcelona, Spain, 1994.
31. Guber, R. *La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad*; Norma: Bogotá, Colombia, 2001.
32. Wma.net. Francia: Asociación Médica Mundial; 5 de diciembre 1974. *Declaración de Helsinki de la AMM-Principios Éticos Para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos*. Available online: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> (accessed on 30 March 2021).
33. Unión Europea. *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016*; Diario Oficial de la Unión Europea L 119/1, May 4th, 2016. Available online: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf> (accessed on 22 March 2021).
34. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales*. Boletín Oficial del Estado; número 294, 6th December 2018. 119788–119857. Available online: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3> (accessed on 18 March 2021).
35. WFOT. Code of Ethics. World Health Organization. 2008 (actualized in 2016). *Fundamental Beliefs*. Available online: <http://www.wfot.org/aboutus/fundamentalbeliefs.aspx> (accessed on 18 March 2021).
36. Cotoc.cat. Barcelona: COTOC-Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña. Código Ético de Terapia Ocupacional. Available online: <https://www.cotoc.cat/es/cotoc/38-sense-categoria/13-codigo-etico-de-terapia-ocupacional> (accessed on).
37. Comisión Europea. CORDIS. Bruselas: *Ethics in research and international cooperation*. 2009 (actualized 11 May 2017). Available online: [https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858\\_es.html](https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858_es.html) (accessed on 30 March 2021).
38. Kielhofner, G. *Fundamentos Conceptuales de la Terapia Ocupacional*, 3rd ed.; Médica Panamericana: Buenos Aires, Argentina, 2006.
39. Chern, J.S.; Kielhofner, G.; de las Heras, C.G.; Magalhaes, L.C. The Volitional Questionnaire: Psychometric development and practical use. *Am. J. Occup. Ther.* **1996**, *50*, 516–525, doi:10.5014/ajot.50.7.516.
40. Parkinson, S.; Lowe, C.; Vecsey, T. The therapeutic benefits of horticulture in a mental health service. *Br. J. Occup. Ther.* **2011**, *74*, 525–534, doi:10.4276/030802211X13204135680901.
41. e Filippo, S.; Servadio, A.; Bellucci, P.; Fabbri, G.; Niolu, C.; De Santis, R.; Tofani, M.; Galeoto, G. Validation and Cross-Cultural Adaptation of the Volitional Questionnaire in an Italian Population with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Occup. Ther. Health Care* **2020**, *34*, 19–31, doi:10.1080/07380577.2019.1703237.
42. Torres, M.; Quezada, M.; Rioseco, R.; Ducchi, M.E. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante el uso de WHOQOL-BREF. *Rev. Med. Chile* **2008**, *325*–333, doi:10.4067/S0034-98872008000300007.
43. Carrasco, L.F.; Martín, N.; Molero, F. Conciencia del estigma y calidad de vida en personas con discapacidad física y sensorial. *Rev. Psic. Soc.* **2013**, *28*, 259–271, doi:10.1174/021347413807719111.
44. Bolívar, E.; Villanueva, A. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General. *RNP* **2008**, *80*, 165–171, doi:10.20453/rnp.v80i3.3153.
45. Sousa, S.D.; Marques, A.; Rosário, C.; Queirós, C. Stigmatizing attitudes in relatives of people with schizophrenia: A study using the Attribution Questionnaire AQ-27. *Trends Psychiatry Psychother.* **2012**, *34*, 186–197, doi:10.1590/S2237-60892012000400004.
46. Fridberg, D.J.; Ahmed, A.O. Critical synthesis package: Attribution questionnaire-short form (AQ-27). *MedEdPORTAL* **2013**, *9*, 1–8, doi:10.15766/mep\_2374-8265.9532.
47. Ritscher, J.B.; Otilingam, P.C.; Grajales, M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* **2003**, *121*, 31–49, doi:10.1016/j.psychres.2003.08.008.
48. Baum, C.M.; Law, M. Occupational Therapy Practice: Focusing on Occupational Performance. *Am. J. Occup. Ther.* **1997**, *51*, 277–288, doi:10.5014/ajot.51.4.277.
49. Ikiugu, M.N.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maassen, A.; Van Peurse, K. Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-Analysis. *Am. J. Occup. Ther.* **2017**, *1*–10, doi:10.5014/ajot.2017.024588.
50. Iwama, M. Culture and occupational therapy: Meeting the challenge of relevance in a global world. *Occup. Ther. Int.* **2007**, *14*, 183–187, doi:10.1002/oti.234.
51. Rajji, T.K.; Dielle, M.; Mulsant, B.H. Cognition, Function and Disability in Patients with Schizophrenia: A Review of Longitudinal Studies. *Can. J. Psychiatry* **2014**, *59*, 13–17, doi:10.1177/070674371405900104.
52. Pino, J.; Ceballos, M. Terapia Ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: Hacia una inclusión socio-comunitaria. *Rev. Chil. Ter. Ocup.* **2015**, *15*, 1–15, doi:10.5354/0719-5346.2015.38167.
53. Felizzola, O.L.P. La intervención comunitaria en terapia ocupacional: Un acercamiento desde la salud pública. *Rev. Colomb. Rehab.* **2003**, *2*, 21–27.
54. Law, M.; Majnemer, A.; McColl, M.A.; Bosch, J.; Hanna, S.; Wilkins, S.; Birch, S.; Telford, J.; Stewart, D. Home and community occupational therapy for children and youth: A before and after study. *Canad J Occup Ther.* **2005**, *72*, 289–297, doi:10.1177/000841740507200505.

55. Estrany-Munar, M.F.; Talavera-Valverde, M.Á.; Souto-Gómez, A.I.; Márquez-Álvarez, L.J.; Moruno-Miralles, P. The Effectiveness of Community Occupational Therapy Interventions: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 3142, doi:10.3390/ijerph18063142.
56. Pritchard, E.K.; Brown, G.T.; Barker, A.L.; Haines, T.P. Exploring the association between volition and participation in daily life activities with older adults living in the community. *Clin. Rehab.* **2014**, *28*, 1136–1144, doi:10.1177/0269215514529803.
57. Dehghanizadeh, M.; Khalafbeigi, M.; Akbarfahimi, M.; Yazdani, F.; Zareiyan, A. Exploring the contributing factors that influence the volition of adolescents with cerebral palsy: A directed content analysis. *Scand. J. Occup. Ther.* **2020**, 1–11, doi:10.1080/11038128.2020.1723686.
58. Graff, M.J.; Vermooij-Dassen, M.J.; Thijssen, M.; Dekker, J.; Hoefnagels, W.H.; OldeRikkert, M.G. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: A randomized controlled trial. *J. Gerontol. Biol. Sci.* **2007**, *62*, 1002–1009, doi:10.1093/gerona/62.9.1002.
59. Hearst, M.O.; Adelli, R.; Hepperlen, R.; Biggs, J.; DeGracia, D.; Ngulube, E.; Maluskiku-Mwewa, B.; Johnson, D.E.; Rabaey, P. Community-based intervention to reduce stigma for children with disabilities in Lusaka, Zambia: A pilot. *Disabil. Rehabil.* **2020**, 1–10, doi:10.1080/09638288.2020.1829105.
60. Bourke-Taylor, H.; Hudson, D. Cultural differences: The experience of establishing an occupational therapy service in a developing community. *Aust. Occup. Ther. J.* **2005**, *52*, 188–198, doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00493.x.

**ANEXO II: Intervención desde Terapia Ocupacional con mujeres con diagnóstico de enfermedad mental en Piura (Perú).**





Article

# Intervention on the Occupational Performance of Women with Mental Health Problems in Piura (Perú)

Jerónimo J González-Bernal <sup>1, \*</sup>, Leire Eiguren-Munitis <sup>1, \*</sup>, Josefa González-Santos <sup>1, \*</sup>, María Jiménez-Barrios <sup>1</sup>, Mirian Santamaría-Peláez<sup>1, \*</sup>, and Raúl Soto-Cámara <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Sciences, University of Burgos, 09001, Burgos, Spain; [jejavier@ubu.es](mailto:jejavier@ubu.es) (J.J.G.-B.); [mari-ajb@ubu.es](mailto:mari-ajb@ubu.es) (M.J.-B.); [rscamara@ubu.es](mailto:rscamara@ubu.es) (R.S.-C.)

\* Correspondence: [lem0006@alu.ubu.es](mailto:lem0006@alu.ubu.es) (L.E.-M.); [mjgonzalez@ubu.es](mailto:mjgonzalez@ubu.es) (J.G.-S.); [mspelaiez@ubu.es](mailto:mspelaiez@ubu.es) (M.S.-P.)

**Abstract:** Inequality between men and women increases stigmatization and social discrimination towards women with mental health problems, which negatively affects the welfare state of Peruvian women, promoting their exclusion in the community. The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of an intervention on the occupational performance of women with mental illness who reside or are cared for in the "San Juan de Dios Health Complex" in Piura (Peru). This is a longitudinal prospective study carried out with a group of 18 women residing in the San Juan de Dios Health Complex with mental illness over 18 years of age as study population. The main variable to be analyzed is the participants' occupational performance after the implementation of a 19-weeks occupational alternatives intervention through Occupational Therapy. The results show that the analysis of the occupational profile and the intervention carried out in the day center favors participation in meaningful occupations and improves the performance of activities and cognitive, communicative and social aspects of women with mental illness in Piura (Peru). However, new studies with larger samples are required, which take into account inequalities and different cultural perspectives, that would allow the results generalization.

**Keywords:** occupational alternatives; occupational performance, mental health; woman; Perú

**Citation:** González-Bernal, J.J.; Eiguren-Munitis, L.; González-Santos, J.; Jiménez-Barrios, M.; Santamaría-Peláez, S.; Soto-Cámara, R. Occupational Alternatives to Improve Occupational Performance in Women with Mental Health Problems in Piura (Perú). *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, x. <https://doi.org/10.3390/xxxxx>

Academic Editor: Firstname Last-name  
Received: date  
Accepted: date  
Published: date

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

Mental health is an integral part of the person's health and it is defined as the capacity of thought, emotion, and behavior that enables every individual to realize their own potential in relation to their developmental stage, to cope with the normal stresses of life, to work productively and contribute in community. The mental health of each person is the result of the social and environmental influences produced throughout the course of life [1,2].

In fact, the community and social, cultural, economic, political and environmental factors, as well as exposure to adverse situations, along with individual and/or personal characteristics, are the main determinants of mental health [2].

Likewise, according to the 2013-2020 Mental Health Action Plan, the local context of individuals and / or groups not only determines the external factors that affect the state of health and well-being, but also it influences the stigmatization and discrimination of society towards people with a diagnosis of mental illness. This aspect causes that human rights are sometimes violated, denying economic, social and cultural rights and restricting accessibility to work and / or education, thus abolishing the right to enjoy the optimal state or highest degree of health [2].

In relation to this, according to the mental health atlas 2017 [3], despite the progress made regarding mental health such as the defense of respect and access to the rights of

people with mental illness, the creation of new provision of services aimed to mental health in vulnerable countries and settings or the creation of effective mental health interventions, there are still many aspects that remain to be resolved. These aspects include the scarcity of services and investment in community-based mental health strategies or discrimination against people with mental disorders.

In Peru, and although numerous regulations and publications aim to guarantee the rights of people with a diagnosis of mental illness, different epidemiological studies affirm that 20.7% of the population over 12 years of age have suffered from a mental disorder in the last year [4-7]. An important aspect to consider is that only 2 out of 10 people with mental health problems in this country, receive continuous health care from a care model in which health professionals look after the well-being of people [8].

Besides that, in addition to this lack of health care, fear of stigmatization towards people with a diagnosis of mental illness by society, hinders access to mental health services, prevention programs and treatment, causing occupational discrimination with great repercussions on the community and social inclusion. In addition, in the case of women with mental health problems residing in Latin America, they have to face double stigmatization and exclusion due to the fact of being a woman and having a diagnosis of mental illness [9-11].

The Peruvian mental health reform of 2012 has brought about a significant change in the focus and priorities related to mental health. On the one hand, the Community Mental Health Model (CMHM) is implemented with the aim of providing mental health care in the community through specialized outpatient facilities. On the other hand, different mental health care centers are proposed, among which are specialized centers, psychosocial rehabilitation centers and occupational rehabilitation centers designed to regain autonomy and improve skills [12,13].

Mental health problems have a great social, personal and economic impact on patients' lives due to the functional disabilities they produce [14]. The promotion of participation in occupations as part of the treatment in the field of mental health is considered the theoretical basis of the occupational performance movement, defined as the interaction of people with the activities performed and the roles acquired in a given context [15, 16]. In this sense, mental health influences the three aspects that make up occupational performance (person, context and occupation), therefore, people with mental illness not only have an affectation at the level of physiological structures, but also in the participation of their activities of daily living [17-20].

Due to the relationship between health and occupational performance of women with mental illness, the lack of resources for these people in Peru and the affectation they present in the performance of significant personal and community activities, this research aims to evaluate the effectiveness of an intervention based on the practice of basic and instrumental activities of daily living (ADL and AIDL), carried out in the day center, on the occupational performance of women with mental health problems residing in the "San Juan de Dios Health Complex" in Piura (Peru).

## 2. Materials and Methods

### 2.1 Study Design - Participants

The San Juan de Dios complex where the study was carried out, is a charitable, non-profit Catholic hospital that offers medical care and / or assistance to people with mental health problems and / or addictions. Among the services offered there is occupational center located in the day center where the intervention is carried out. This complex is located in the city of Piura, on the north coast of Peru.

It is a prospective longitudinal pilot study carried out with an intervention group (IG), report of an exploratory research, without any pretension of establishing cause-and-effect relationships. This work is part of a broader project of a mixed nature whose objective is to achieve the inclusion of this population in society.

The inclusion criteria were women over 18 with Mental Health problems according to the ICD-10 classification residing in the San Juan de Dios Sanitary Complex in Piura (Peru), without previous experience in interventions of a European nature, since they perceive the world as a singular unit with horizontal relationships between nature, the self and society. The women also had to agree to participate voluntarily in the study according to what was explained and they had to sign the informed consent.

For its selection, an intentional non-probability sampling was carried out.

## 2.2 Procedure

To carry out this study, the occupational therapist and main researcher of the study, contacted the medical director, the complex manager and with possible participants to provide them with information on its aim, methodology, potential risks and benefits. In addition, the meetings held with the participating women were structured in small groups adapted to their language and culture.

In the first place, once the sample was obtained, information related to the performance of the participants was collected in order to have enough information to plan the intervention. In order to orient the intervention to the interests of the participants, an open question was asked: "What activities do you consider important and would you like to do?" (Figure 1).

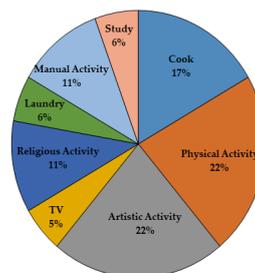


Figure 1. Open question result

Subsequently, an Ad-hoc questionnaire adapted to the sociocultural context was designed, previously piloted in a sample of 5 subjects, which collected the information that could be studied and was administered one week before starting the intervention (pre-intervention) and one week after the intervention (post-intervention). This Ad-hoc questionnaire was designed because the existing standardized tools did not allow obtaining real results that reflected the situation of women

This study is developed in accordance with the ethical principles raised in the Declaration of Helsinki adopted in 1964 and promulgated by the World Medical Association (WMA), to carry out in medical research developed with human beings, as well as complying with international standards for ethics in research with human beings established in the Ethical Review Committee of the Pan American Health Organization (PAHO) [21–22]. This informed consent was carried out following the principles of the latest update of the code of ethics of the International Commission on Occupational Health (ICOH), in which, among other innovations, linguistic and cultural barriers were eliminated and cultural differences were overcome [23].

In addition, it also received a favorable report from the San Juan de Dios Health Complex of Piura, respecting at all times the ethical principles contained in the European Commission by the European Group on Ethics in Science and New Technologies and the ethical code of the World Federation of Occupational Therapy (OT).

### 2.3 Intervention plan

Taking into account all the data obtained, an individualized intervention was designed and carried out for each participant, where the fundamental pillar is the significant personal and cultural occupation. Every woman participated in an occupational alternatives program in which they received 7 weekly sessions of 2 hours each for 16 consecutive weeks from July 2019 to October of the same year. During the intervention, the activities that needed to be reinforced were carried out, breaking them down into simple tasks that would later allow them to have an active participation in said activity. All sessions were structured in three fundamental blocks: ADL and AIDL in which adaptations and personalized low-cost technical supports are made to improve occupational performance, such as adapted cutlery; cognitive area where calculation exercises applied to real life were carried out; and artistic or leisure area and free time; in which sewing and crochet workshops are held with the popular fabrics of the country (such as hats or tablecloths), traditional dances or play volleyball. For this, the workers of the center collaborated in the performance of some activities, being supervised at all times by the main investigator of the study.

During the intervention, needs and concerns of the participants were taken into account, as well as the culture and spirituality of the country, adapting the characteristics of the research to avoid Europeanization and possible conflicts with the participants. To facilitate active dialogue and prevent women from feeling invaded, the researcher participated in activities of a religious nature to facilitate a fluid conversation with residents. These data and narratives were collected in a field notebook that is later transferred to a results sheet, facilitating the analysis and interpretation of the information obtained.

### 2.4 - Instruments

The cognitive level, emotional state, occupational state and social behavior of the participating women were the main variables of the study. An Ad-hoc questionnaire designed specifically for the sample studied was administered, that was a structured interview divided into two blocks: the first block referring to personal data (name and surname, date of birth, diagnosis and date of diagnosis), and the second block assessed different aspects of the person.

For the evaluation of the cognitive level, seven items were used with two response options: 1 = inadequate and 2 = adequate. This section collects data about the following cognitive aspects: orientation, memory, visuo-spatial coordination, attention, verbal language, abstraction, coordination.

The emotional state was evaluated through 5 items with five response options on a 5-point Likert-type scale where 1 means nothing and 5 very good. This section collects information on aspects such as satisfaction with life, level of boredom, happiness or feeling of fear.

The performance in ADL and IADL was evaluated through 10 items; seven of which refer to the ADLs (bathing / showering, bowel and bladder care, dress, feeding, functional mobility, hygiene and grooming, and toilet and toilet hygiene) and the remaining three to the IADL (Use of financial management, caring for others, and health management and maintenance). This subscale presents two response options where 1 = dependent and 2 = independent.

Finally, social functioning was evaluated through 4 items with five response options on a 5-point Likert-type scale where 1 means nothing and 5 very good. In this section, aspects such as relationship with strangers and colleagues, discussion with colleagues and comfort in the group are evaluated.

In order to facilitate the interpretation of the results, the inverse variables were coded.

[24,25]. [26], [27, 28].

### 2.5 Statistical Analysis

A normality analysis was performed using Saphire-Wilk test ( $N = 18$ ), which determined that the sample did not fit a normal distribution.

For the characterization of the sample, mean and standard deviation (SD) were used in the case of quantitative variables while absolute frequencies and percentages for categorical variables. For the inferential analysis, the Wilcoxon Ranged Test was performed with the quantitative variables in order to compare the scores obtained before and after the intervention.

Statistical analysis was performed with SPSS V25.0 (IBM) software, establishing a risk of 0.05 as the limit of statistical significance.

### 3. Results

The initial sample was of 23 women residing in the San Juan de Dios Complex in Piura. After being informed of the study 5 of them voluntarily abandoned the research, reducing the sample to 18 participants due to fear of being subjected to a European investigation and intervention. However, even though they didn't participate in the study, their care received was not altered since at the same time that the participating women carried out the activities proposed for the intervention, a professional was with the 5 non-participating women performing their usual activities.

The mental disorders included in the sample were: paranoid, simple and hebephrenic schizophrenia, unspecified and mixed-type schizoaffective disorder, unspecified phobic anxiety disorder, major depressive disorder, severe recurrent with psychotic symptoms and bipolar disorder with episode current maniac and mixed. Out of the total, 66.7% had some type of schizophrenia, 16.7% bipolar disorder, 11.1% major depressive disorder and 5.5% anxiety disorder. Furthermore, 66.6% of the women spent their free time sleeping or watching television and the remaining 30.4% doing laundry, doing physical activity or religious activities. However, 61.1% of the women expressed their desire to cook or do more artistic and physical activities.

A statistically significant difference was found between the pre-intervention and post-intervention scores of the cognitive level of the participants ( $p=0.04$ ). More specifically, memory and attention improved significantly after the intervention (Table 1).

Table 1. Wilcoxon sign rank test results of pre-intervention and post-intervention cognitive level scores

Cognitive level	Pre-intervention		Post-intervention		Z	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD		
Orientation	1.61	0.50	1.56	1.42	(-1.265)	0.206
Memory	1.67	0.48	1.17	0.38	(-2.324)	0.02
Visuo-spatial coordination	1.67	0.48	1.33	0.48	(-2.449)	0.14
Attention	1.72	0.46	1.50	0.51	(-2)	0.046
Verbal language	1.17	0.38	1.11	0.32	(-1)	0.317
Abstraction	1.94	0.24	1.78	0.43	(-1.732)	0.083
Coordination	1.61	0.50	1.50	0.51	(-2.849)	0.317

SD: standard deviation; Z: Wilcoxon sign rank test

Regarding emotional state, no statistically significant improvement was found globally ( $p=0.721$ ), but the sample studied showed greater satisfaction with life and greater happiness after the intervention (Table 2).

Table 2. Wilcoxon sign rank test results of pre-intervention and post-intervention emotional state scores 233

Emotional state	Pre-intervention		Post-intervention		Z	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD		
Satisfaction with life	4.06	0.64	3.06	0.45	(-3.626)	<0.0001
Boredom	1.72	0.99	1.79	0.38	0.3	0.7
Fear	2.33	1.24	2.78	1.00	1.073	0.283
Happiness	4.00	0.77	1.50	0.51	(-3.624)	<0.0001
Abandonment	2.28	0.83	1.11	0.32	1.238	0.216

SD: standard deviation; Z: Wilcoxon sign rank test 234

Occupational status improved significantly after the intervention ( $p > 0.0001$ ), although no differences were found in the pre-intervention and post-intervention scores of bladder care, nutrition, hygiene, rest and sleep, and care of others. Occupational performance related to bowel care, clothing, mobility in the community, and money management improved significantly (Table 3). 235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242

Table 3. Wilcoxon sign rank test results of pre-intervention and post-intervention occupational state scores 243

Occupational state	Pre-intervention		Post-intervention		Z	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD		
Bladder care	1.06	0.24	1.06	0.24	0	1
Bowel care	1.89	0.32	1.11	0.32	(-3.300)	0.001
Clothing	1.44	0.51	1.00	0	(-2.828)	0.005
Mobility	1.61	0.50	1.06	0.24	(-2.887)	0.004
Nutrition	1.06	0.24	1.00	0	(-1)	0.317
Hygiene	1.44	0.51	1.22	0.43	(-1.155)	0.248
Rest and sleep	1.06	0.24	1.00	0	(-1)	0.317
Money management	1.78	0.43	1.22	0.43	(-2.357)	0.018
Care of others	1.56	0.51	1.44	0.51	(-1.414)	0.157

SD: standard deviation; Z: Wilcoxon sign rank test 253

Social behavior improved after the intervention ( $p > 0.0001$ ), finding a statistically significant improvement in all study variables (Table 4). 254  
255  
256  
257

Table 4. Wilcoxon sign rank test results of pre-intervention and post-intervention social behavior scores 258

Social behavior	Pre-intervention		Post-intervention		Z	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD		
Relationship with strangers	1.56	0.71	1.89	0.68	2.449	0.014
Relationship with colleagues	2.33	0.91	2.94	0.64	2.840	0.005
Discussion with colleagues	3.06	1.39	3.5	1.2	2.31	0.021
Comfort in the group	2.00	0.91	3.11	0.58	3.643	<0.0001

SD: standard deviation; Z: Wilcoxon sign rank test 259

260

261

262

#### 4. Discussion

In this pilot study, the occupational performance of women with mental health problems who reside or attend the San Juan de Dios Health Complex in Piura (Peru) was analyzed, as well as the effects obtained after carrying out an intervention carried out through the occupation in the day center. The data obtained showed that the participants presented a high degree of auto-stigma in the face of mental illness, and in relation to this, they perceived a regular quality of life. After the intervention, the women improved their cognitive level, performance of activities of daily living, communication and interaction skills, and social behavior. However, the intervention was not effective in improving the occupational behavior or emotional state of the participants.

The intervention from OT focused on the individual needs of the person has proven to be effective to improve training in life skills, for the performance of ADL as well as for the acquisition of normative roles in the life of people with severe mental illness [29-32].

In a study carried out in different centers with people with mental illness in Canada for twelve weeks, five occupational therapists verified the efficacy of a new occupation-based intervention (Action on inertia -AOI). This intervention addressed the needs of people with mental illness whose community lives was characterized by generalized occupational disengagement and occupational imbalance, in which a significant difference was not observed in self-care, productivity and leisure, but a significant difference was found in changes in sleep duration, producing an improvement in occupational balance. These results coincide in a way with the instrumental activity evaluated in our study of "Health management and maintenance" since a statistically significant improvement is observed in this activity, understanding it as a development and maintenance of a routine promoting well-being and decreasing health risk behaviors, such as reducing sleep time to an optimal duration of no more than 9 hours as indicated in the study [33]

The results of this research regarding the improvement in the performance of activities of daily living, coincide with the results obtained in the study by Birken et al. [34], in which it was demonstrated that the intervention from OT in adults with psychotic disorder, achieved the increase and improvement of the occupational performance of self-care, leisure and the organization of the daily routine.

In a systematic review of 35 articles with people with mental illness where development programs of different activities were carried out, it was observed that recreational environments facilitate communication with the groups they lead [15]. These findings coincide with those obtained in the present study because the performance of activities that the participants consider interesting, performed both individually and in groups, has shown an improvement in communication and interaction skills.

The study findings must be considered within the context of its strengths and limitations. Among its strengths, the study is carried out in Peru where there is a double stigmatization towards the participants due to the fact of being a woman and also presenting mental health problems. In addition, the fact that the main researcher of this study lives with the local population, allows her to know first-hand the needs and concerns of the residents of the complex, which facilitates both the collection of information and the implementation of the program of activities in the day center. Finally, during the observation of the participants, the researcher took into account the difficulties of the context, as well as spirituality, challenges, and personal skills, adapting at all times to the sociocultural context of Peru. Regarding the limitations of the study, there is the abandonment of the study by several participants for fear of being subjected to an investigation carried out by a person external to both their culture and customs, putting in doubt that the information was out to be used against them in the services of the public administration of Peru. This leads to the realization of a pilot study with a small sample size which prevents the generalization of the results obtained Furthermore, despite having used validated evaluation tools to collect information from the participants before the intervention, the questionnaire used to verify the efficacy of the intervention was a limitation because it had to be developed by the study researcher since there is currently no validated tool adapted to

the culture of the country where the research was carried out. It is the report of an exploratory investigation, and it is not possible to establish cause-effect relationships.

As future lines of research, the development of studies with representative samples is proposed, as well as the development of validated assessment instruments that are culturally sensitive and effective in different contexts, aimed at the group with mental illness. On the other hand, more exhaustive studies are required with a Control Group that allows to know the feasibility of the investigation and to compare the results reliably with the experimental group.

Despite these limitations, this study is pioneers in carrying out an intervention in women with mental illness, taking into account the inequalities and different cultural perspectives that are committed to community interdependence.

The results of the intervention carried out show that participation in meaningful occupations and the inclusion of women in their immediate environment have been promoted.

Therefore, it is worth highlighting the need to address the concerns of the population and promote occupational participation, which, in the case of the present study, in addition to improving the skills implicit in the selected activities, reduces the exclusion of the community towards Mental Health and promotes participation in community activities.

## 5. Conclusions

This study has described the development of an OT intervention for women with mental illness residing in a social health center through the use of occupation. The development of this intervention in the day center has improved the participants' occupational performance by improving their cognitive level and their communication and interaction skills and their social behavior.

Through these results, it would be interesting to prove if this improvement in occupational performance also produces benefits in the quality of life of the participants.

**Author Contributions:** Conceptualization, L.E.-M.; methodology, L.E.-M.; formal analysis, J.J.G.-B., R.S.-C. and J.G.-S.; investigation, L.E.-M.; resources, L.E.-M.; data curation, J.J.G.-B., R.S.-C. and J.G.-S.; writing—original draft preparation, J.J.G.-B., R.S.-C., J.G.-S., and M.J.-B.; writing—review and editing, J.J.G.-B., R.S.-C. and J.G.-S.; visualization, J.J.G.-B., R.S.-C., J.G.-S., M.S.-P., and M.J.-B.; supervision, J.J.G.-B., and R.S.-C.; project administration, L.E.-M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This research received no external funding.

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Review Board of San Juan de Dios Health Complex of Piura.

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## References

- Patel, V.; Saxena, S.; Lund, C.; Thornicroft, G.; Baingana, F.; Bolton, P.; Chisholm, D.; Collins, P.Y.; et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet Commissions* **2018**, *392*, 1553–1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X
- World Health Organization. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. **2013**.
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. *Confederación Salud Mental España*, **2018**
- Saavedra, J.E.; Uchofen-Herrera, V. Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* **2016**, *33*, 785. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2566
- Castillo Martell, W.H.; Cutipé-Cárdenas, Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, **2019**, *36*, 326-333. doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4624.

6. Vizcarra, M. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental N° 007-2020-SA. Perú: Decreto supremo. 367
7. Robillard, C. The gendered experience of stigmatization in severe and persistent mental illness in Lima, Peru. *Soc Sci Med* **2010**, *71*, 2178–86. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.004 369
8. Toyama, M.; Castillo, H.; Galea, J.T.; Brandt, L.R.; Mendoza, M.; Herrera, V.; Mitrani, M.; Cutipé, Y.; et al. Peruvian mental health reform: A framework for scaling-up mental health services. *IJHPM* **2017**, *7*, 501–608. doi: 10.15171/IJHPM.2017.07 370
9. Vrbova, K.; Prasko, J.; Ociskova, M.; Kamaradova, D.; Marackova, M.; Holubova, M.; Grambal, A.; Slepceky, M.; et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* **2017**, *13*, 567–76. doi: 10.2147/NDT.S122483 371
10. Yang, L.H.; Valencia, E.; Alvarado, R.; Link, B.; Huynh, N.; Nguyen, K.; Morita, K.; Saavedra, M.; et al. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cad Saude Colet* **2013**, *21*, 71–79. 372
11. Caqueo-Urizar, A.; Boyer, L.; Urzúa, A.; Williams, D.R. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **2019**, *54*, 905–909. doi: 10.1007/s00127-019-01671-4. 373
12. Castillo-Martell, H.; Cutipé-Cárdenas, Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en Perú, 2013-2018. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública* **2019**, *36*. doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4624 374
13. Arriola-Vigo, J.A.; Stovall, J.G.; Moon, T.D.; Audet, C.M.; Diez-Canseco, F. Perceptions of Community Involvement in the Peruvian Mental Health Reform Process Among Clinicians and Policy-Makers: A Qualitative Study. *Int J Health Policy Manag* **2019**, *8*, 711–722. doi: 10.15171/ijhpm.2019.68 375
14. Harvey, P.D.; Strassnig, M.T.; Silverstein, J. Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *J Exp Psychopathol* **2019**, *10*. doi: 10.1177/20433808719865693 376
15. Fenton, L.; White, C.; Gallant, K.A.; Gilbert, R.; Hutchinson, S.; Hamilton-Hinch, B.; Lauckner, H.. The Benefits of Recreation for the Recovery and Social Inclusion of Individuals with Mental Illness: An Integrative Review. *Leis Sci* **2017**, *39*, 1–19. doi: 10.1080/01490400.2015.1120168 377
16. Ikiugu, M.N.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maassen, A.; Van Peurseum, K. Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-Analysis. *Am. J. Occup. Ther* **2017**, 1–10. doi: 10.5014/ajot.2017.024588 378
17. Gunnarsson, A.B.; Hedberg, A.K.; Håkansson, C.; Hedin, K.; Wagman, P. Occupational performance problems in people with depression and anxiety. *Scand J Occup Ther* **2021**, 1-11 379
18. Berger, S.; Escher, A.; Mengle, E.; Sullivan, N. Effectiveness of Health Promotion, Management, and Maintenance Interventions Within the Scope of Occupational Therapy for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther* **2018**, *72*, doi: 10.5014/ajot.2018.030346 380
19. Hamill, J.; Hallak, J.; Dursun, S.M.; Baker, G. Ayahuasca: Psychological and Physiologic Effects, Pharmacology and Potential Uses in Addiction and Mental Illness. *Curr Neuropharmacol* **2018**, *17*, 108-128. doi: 10.2174/1570159X16666180125095902 381
20. Nagata, S.; McCormick, B.P.; Piatt, J. The Impact of Decreased Capacity to Experience Pleasure on Leisure Coping Strategies among Individuals with Major Depressive Disorder. *Leis Sci* **2018**, 1-19. 382
21. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ* **2001**, 373-374 383
22. Pan American Health Organization (PAHO). Ethics Review Committee. Santandar Operating Procedures for submitting research proposals, 2009. 384
23. Iavicoli, S.; Valenti, A.; Gagliardi, D.; Rantanen, J. Ethics and Occupational Health in the Contemporary World of Work. *Int J Environ Res Public Health* **2018**, *15*, 1713. Doi: 10.3390/ijerph15081713 385
24. Chang, C.C.; Wu, T.H.; Chen, C.Y.; Wang, J.D.; Lin, C.Y. Psychometric Evaluation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for Patients with Mental Illnesses: Measurement Invariance across Time. *PLoS One* **2014**, *9*. doi: 10.1371/journal.pone.0098767 386
25. Boyd, J.E.; Adler, E.P.; Otilingam, P.G.; Peters T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry* **2014**, *55*, 221–231. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005 387
26. Usefy, A.R.; Ghassemi, G.R.; Sarrafzadegan, N.; Mallik, S.; Baghaei, A.M.; Rabiei, K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Ment Health J* **2010**, *46*, 139–147. doi: 10.1007/s10597-009-9282-8 388
27. Boyd, J.E.; Adler, E.P.; Otilingam, P.G.; Peters, T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Compr Psychiatry* **2014**, *55*, 221-231. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005 389
28. Mahoney, W.J.; Roberts, E.; Bryze, K.; Kent, J.A.P. Occupational engagement and adults with intellectual disabilities. *AJOT* **2016**, *70*, 1–6. doi: 10.5014/ajot.2016.016576 390
29. Liberman, R.P.; Wallace, C.J.; Kopelowicz, A.; Vaccaro, J.V.; Mintz, J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*, **1998**, *155*, 1087-1091. Doi: 10.1176/ajp.155.8.1087 391
30. Granholm, E.; McQuaid, J.; McClure, F.S.; Auslander, L.A.; Perivoliotis, D.; Pedrelli, P.; Petterson, T.; Jeste, D.V. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for Middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* **2005**, *162*, 520-529. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.520 392
31. Aromaa, E.; Tolvanen, A.; Tuulari, J.; Wahlbeck, K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry* **2011**, *65*, 125–132. doi: 10.3109/08039488.2010.510206 393
32. Cardoso-Buchain, P.; Diaz-Barbosa Vizzotto, A.; Henna-Neto, J.; Elks, H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr* **2003**, *25*, 26-30. doi: 10.1590/S1516-44462003000100006 394

- 
33. 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*, 267–276. doi: 10.5014/ajot.2011.001313 427  
428
  34. Birken, M.; Henderson, C.; Slade, M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot Feasibility Stud* **2018**, *4*, 1–12. doi: 10.1186/s40814-018-0267-7 429  
430
  35. Tang, I.C.; Wu, H.C. Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q* **2012**, *83*, 497–507. doi: 10.1007/s11126-012-9218-2 431  
432
  36. Corrigan, P.W.; Sokol, K.A.; Rüschi, N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J* **2013**, *49*, 1–6. doi: 10.1007/s10597-011-9445-2 433  
434  
435  
436  
437

**ANEXO III: Intervención basada en la justicia ocupacional y el desarrollo de actividades significativas en personas con problemas de salud mental en la ciudad de Piura (Perú).**





Article

# Intervention based on occupational justice and the development of significant activities in a group of people with mental health problems in the city of Piura (Peru)

Leire Eiguren-Munitis <sup>1</sup>, Paula Rodríguez-Fernández <sup>1\*</sup>, Josefa González-Santos <sup>1\*</sup>, Miriam Santamaría-Peláez <sup>1\*</sup> and Jerónimo J González-Bernal<sup>1</sup>

Department of Health Sciences, University of Burgos, 09001, Burgos, Spain; lem006@alu.ubu.es (L.E.-M.); prf0011@alu.ubu.es (P.R.-F.); mjgonzalez@ubu.es (J.G.-S.); mspelaez@ubu.es (M.S.-P.); jejavier@ubu.es (J.J.G.-B.)  
\* Correspondence: mspelaez@ubu.es (M.S.-P.); rscamara@ubu.es (R.S.-C.); mjgonzalez@ubu.es (J.G.-S.)

**Abstract:** In Peru, people with mental health problems endure restrictions that negatively influence occupational performance. This study aims to analyze the effectiveness of an OT intervention based on occupational justice and the development of significant activities on self-stigma, quality of life and volition of people with mental health problems in the city of Piura (Perú). Data were collected from people with disabilities who participated in the program (n = 48), using the Volitional Questionnaire (VQ), The World Health Organization Quality of Life scale (WHOQOL-BREF), and The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI). Results confirmed that this intervention reduce self-stigma in the face of mental illness and in increases and improves the quality of life and the volition of the residents of the San Juan de Dios Health Complex of Piura, and men showed better scores than women after the intervention.

**Keywords:** Occupational Therapy; occupational performance; occupational justice; mental health; self-stigma; quality of life; volition; Peru

**Citation:** Lastname, F.; Lastname, F.; Last-name, F. Title. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, x. <https://doi.org/10.3390/xxxxx>

Received: date  
Accepted: date  
Published: date

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2020 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

According to the "The Right to Mental Health" report [1], in Peru there are almost 5 million people with mental health problems, what means around 15% of the its population suffers from them. In addition, it is estimated that by 2021 there will be an increase of 3.2% compared to 2018. Among them, according to the National Institute of Mental Health (NIMH) [2], 8 out of 10 people with a mental disorder do not receive adequate treatment and, due to high stigmatization. They suffer a deprivation in occupational participation, both individually and socially [1].

Mental health care in Peru is divided between 1003 centers that have psychology services and basic health equipment and 29 centers specialized in mental health [3]. In relation to this, and due to the insufficient supply of specialized services and the stigma of the community towards mental illness, only 2 out of 10 people have continuous care [4]. Thus, epidemiological studies conducted by the NIMH between 2002 and 2012 [4,5] show that 20.7% of the Peruvian population over 12 years of age has suffered some mental disorder in the last year [6]. Each year, around 5 million adults and 1 million children and adolescents are diagnosed with mental illness [7] and around 900 and 1000 people diagnosed with mental illness commit suicide [5].

It is essential to take into account the different approaches to health: health as the absence of pathology, disease and disability; health as personal capacity and adaptation; and health as a result of equity and social opportunity [8], although the beliefs and traditions of Peru only promote the development of services under the first health approach [4,3]. In recent years, as Castillo-Martell and Cutipé Cardenas show in their article [9],

there is a need for a reform of mental health services, incorporating holistic care, introducing multidisciplinary services within treatment, such as Therapy Occupational (OT), and recognizing people as full citizens.

One of the main theories of OT considers that there is a relationship between health and quality of life with participation in significant personal and social occupations, also known as occupational justice [10,11]. However, and although according to OT beliefs, people are autonomous agents with control and freedom to choose and engage in purposeful occupations [12], only a minority of Peruvians and of the world population in general can choose and carry out meaningful activities that positively influence personal and collective health and well-being [13,14]. This participation is related and determined by the volition or motivation that a person experiences when carrying out an activity [15]. Numerous studies, among which the one carried out by Gómez Muñoz [16] stands out, show the need to include life stories and volition in mental health care and intervention, thus promoting access to occupations that allow developing and maintaining the link between the internal and external characteristics of the person. This has a positive impact on the choice and development of meaningful activities [17], favors active participation and increases volition [18] and, in turn, developing activities that allow maintaining the relationship with the community encourages the inclusion of people with a diagnosis of mental illness in society [19]. An intervention based on the development of meaningful activities, in addition to guaranteeing and promoting occupational justice, encourages people's quality of life and feelings of well-being [20] and acts as an agent of social transformation [21]. Bustamante Silva et al. [22], demonstrated in their study how through occupational justice the influence of the social construct on the choice and development of significant occupations and the impact of these at the individual and collective level can be analyzed. In addition, Birken, Henderson and Slade [23], demonstrated statistically significant improvements in the quality of life of people with a diagnosis of mental illness after an OT intervention.

Although this type of intervention has demonstrated its effectiveness in the volition and quality of life of people with mental illness, factors such as self-stigma, understood as negative feelings, thoughts and behaviors about oneself [24], frequently interfere with adherence to the treatment and performance of non-pharmacological interventions with people with mental illness [24,25]. However, the improvement in volition and quality of life through the performance of purposeful activities has an impact on the reduction of internalized stigma [26] and favors the inclusion of people with mental health problems [27]. That is why an OT intervention based on occupational justice in groups where historically and systematically the social context has triggered occupational deprivation [28,29], as is the case of people with mental illness [30], influences their volition, quality of life and self-stigma, impacting both individual capacities and social inclusion [31,32].

Therefore, the present research aims to analyze the effectiveness of an OT intervention based on occupational justice and the development of significant activities on self-stigma, quality of life and volition of people with mental health problems in the city of Piura (Peru).

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Study Design – Participants

A longitudinal prospective study with an experimental group (EG) was carried out in the San Juan de Dios Health Complex of Piura (Peru), which is a catholic, charitable and non-profit center that provides comprehensive care, medical attention and assistance to people diagnosed with mental health problems. As inclusion criteria, it was considered having a diagnosis of MH problems according to ICD-10 criteria, residing in the San Juan de Dios de Piura Health Complex or, if not, having had more than 4 monthly incomes per year, being over 18 years; not having previously participated in European interventions and wishing to participate voluntarily after having explained the study to them and after

having signed informed consent. On the other hand, people with severe cognitive or communication limitations that made it difficult to participate in the study, those who was terminally ill, and those who did not want to participate voluntarily, was excluded from this research.

## 2.2. Procedure

This study was developed from the perspective of the ethnographic research method [24] whose objective is to observe and explore cultural practices and social behaviors through participatory observation [32]. In the first place, several meetings with the Medical Director and the Complex Manager were held, in order to adjust the program to the center's possibilities, philosophy and ideology. Then another meeting was called with the rest of the professionals of the Complex in order to show the intervention plan.

Most of the patients of the Complex come for urgent consultation or hospitalization, and a minority are derived from public institutions, so once hospitalized they undergo constant evaluations by the psychiatry and psychology staff until they are considered "stable", and that is when they begin to obtain permits to participate in day-to-day activities. Until then, the care is purely medical and pharmacological. Taking into account the norms of the center and the inclusion and exclusion criteria previously established, a deliberate selection of the participants was made, who were informed about the objective of the research, the methodology and the possible risks and benefits. In case of being interested, they were asked to sign the informed consent. A professional from the Complex was in charge of the evaluation prior to the intervention, through the application of the evaluation tools, and the occupational therapist in charge of the study developed the intervention plan adapted to each participant, which was presented and accepted by the others professionals.

This plan lasted for 17 weeks in which daily group sessions were held, distributed in morning and evening sessions of three hours each. After the intervention, people were assessed again for further analysis.

In addition to the essential favorable report of the San Juan de Dios de Piura complex (Register Number: 402-2019-CG-CRSJD-PIURA); this research was conducted in accordance with the ethical principles set out in the Helsinki Declaration proposed by the World Medical Association in 1964; and complies with the international ethical standards referred to in the Ethical Review Committee of the Pan American Health Organization for human studies [33,34]. The ethical principles contained in the European Commission by the European Group on Ethics in Science and New Technologies [35] and in the code of ethics of the World Federation of Occupational Therapy [36,37] were also respected at all times.

## 2.3. Intervention process

The occupational therapist in charge of the study was the one who developed and carried out the intervention, which consisted of performing meaningful activities taking into account the tastes and interests of the participants, as well as the cultural, spiritual and social aspects of the area.

The activities focused on basic and instrumental activities of daily life, artistic and leisure, which were worked by modifying the environment with individualized supports and adaptations to promote independence. As an example of instrumental activity in daily life, workshops were held on the use of the telephone, analogue or smartphone according to each case. The artistic activities focused on the realization of a mural to decorate and humanize the facilities using techniques such as collage or painting and also, a musical performance was carried out with percussion instruments typical of the region. Finally, sports activities were developed such as the creation of a soccer and volleyball team to

participate in a regional championship in recreational activities, the patron saint and regional festivals were planned, and traditional music activities were carried out. 149 150

During the first two weeks, the workers of the Complex observed how the occupational therapist implemented the intervention plan, as well as the basis of the activities developed, and received his instructions to participate in them and facilitate continuous supervision. 151 152 153 154

#### 2.4. Instruments 155

The data collection process was carried out in everyday contexts in order to observe and have an informal conversation during the development of daily tasks with the participants of the study. Sociodemographic variables such as age or gender were collected, and information related to the main variables of the study were collected using the following assessments: 156 157 158 159 160

- The Volitive Questionnaire (VQ) that evaluates motivational characteristics, activities and other circumstances that increase the person's volition and consists of 14 items [38], evaluated with a scoring system of P (passive) = 1, D (hesitant) = 2, I (involved) = 3 and E (spontaneous) = 4 [15, 39] ranging between 4 and 56 where a higher score means higher volition. This tool enables the assessment of one person in different contexts and activities; as life in the complex is divided in center leisure and home, in this study volition was assessed in all of them. Several studies suggested that it can provide a valid measure of volition [38, 40-42]. 161 162 163 164 165 166 167 168 169
- The WHOQOL-BREF Quality of Life Scale [43], consists of 26 items divided into four dimensions (physical, psychological, social relationships and environment), evaluated on a 5-point Likert scale and ranging between 26 and 130 where a higher score means a better quality of life. This tool has been validated in several populations, among them, in Peru, where they conclude that it is reliable for that sample [44], as in Chile [45] and other Latin-American countries, although the nationality of the participants plays a relevant role in the different items [46]. 170 171 172 173 174 175 176 177
- The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) [47] that values the subjective experience of stigma, empowerment, perceived discrimination, social isolation and stigma resistance of the assessed person, through 29 items distributed in 5 factors (alienation, assignment of stereotypes, experience of discrimination, social isolation and resistance to stigma), which are scored across a 4-point Likert scale ranging between 29 and 116 where higher scores mean greater stigma towards mental illness. ISMI shows reliability and validity in a wide range of populations, cultures and languages (Spanish between them) [48] and it has been used in Latin-America countries [49,50]. 178 179 180 181 182 183 184 185 186

#### 2.5. Statistical Analysis 187

Using the Saphire-Wilk test ( $n = 48$ ), the normality analysis was performed to determine whether or not the sample fit a normal distribution. Descriptive analysis was performed in terms of mean ( $\bar{x}$ ) and standard deviation (SD) in continuous variables and percentages and frequencies in categorical variables. For the analysis of the effects of the intervention program on the different study variables, the pre-test and post-test scores were compared using the paired-samples t-test or the Wilcoxon signed-rank test. Differential scores (DS) of the quantitative variables were calculated to study relationships between them using Pearson's or Spearman's correlation, depending on whether or not the sample conformed to a normal distribution. In addition, using the independent-samples t-test or the Mann-Whitney U test, possible associations between qualitative sociodemographic variables and the DS of the dependent variables were studied. 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198

For statistical analysis, it was used in SPSS V25.0 (IBM) software, with an established risk of 0.05 as the limit of statistical significance.

### 3. Results

The total sample of 48 people consisted of 22 women (45.8%) and 26 men (54.2%). The median age was 52.06 (SD  $\pm$  16.47); the youngest person was 18 and the oldest was 79 years old. Most were singles (n = 35; 72.9%), with the rest divorced (12.5%), as a couple (8.3%) or married (6.3%). 26 people came from the urban area (54.2%) and 22 from rural areas (45.8%). Most had preschool (n = 20; 41.7%), 12.5% secondary (n = 6), 35.4% primary (n = 17), and 10.4% school studies (n = 5). 31 of them (64.6%) had other added communication difficulties, close conflicts, family problems, or physical conditions; 16 needed some kind of help to mobilize (33.3%) and only 4 (8.3%) people lacked primary caregivers, most caregivers were professionals at the center (n = 34; 70.8%) and the rest were family members (n = 6; 12.5%) or known people or friends (n = 4; 8.3%).

After comparing the scores obtained by the participants before and after the intervention, statistically significant differences were found in all study variables ( $p > 0.0001$ ). The subjects reported a significantly higher volition in center, leisure and home, compared to the scores before the intervention. Higher scores were also found in the post-test quality of life assessment compared to the pre-test assessment. Regarding self-stigma, a statistically significant decrease was obtained after the intervention (Table 1).

**Table 1.** Pre-test and post-test comparisons

Variables		x	SD	t / Z	Asymptotic p-value (bilateral)
VQ center	Pre-test	24.39	6.09	(-14.76) <sup>a</sup>	<0.0001
	Post-test	40.33	7.54		
VQ leisure	Pre-test	20.69	5.83	5.97 <sup>b</sup>	<0.0001
	Post-test	34.12	9.33		
VQ home	Pre-test	24.42	7.29	6.037 <sup>b</sup>	<0.0001
	Post-test	39.67	8.53		
WHOQOL BREFF	Pre-test	57.85	9.37	(-29.47) <sup>a</sup>	<0.0001
	Post-test	87.33	12.05		
ISMI	Pre-test	86.67	11.62	(-6.034) <sup>b</sup>	<0.0001
	Post-test	61.54	13.19		

X: mean; SD: standard deviation; VQ: Volitive Questionnaire. WHOQOL-BREFF: Quality of Life Scale. ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness.

<sup>a</sup> Paired-samples t-test

<sup>b</sup> Wilcoxon signed-rank test

After correlating volition with quality of life and self-stigma, to analyze the relationship between motivation and the other study variables, a statistically significant positive correlation was found between the DS WHOQOL BREFF and the DS VQ center ( $p < 0.0001$ ), DS VQ leisure ( $p = 0.006$ ) and DS VQ home ( $p = 0.017$ ), thus a greater increase in quality of life was related to greater volition in the three study contexts. Also, the DS ISMI was statistically significant correlated with DS VQ center ( $p = 0.004$ ) and DS VQ leisure ( $p = 0.021$ ), but not with DS VQ home ( $p = 0.067$ ). These correlations were negative, so lower self-stigma was related to higher volition in the context of the center and leisure, but not at home (Table 2). DS WHOQOL BREFF and DS ISMI were also positively correlated ( $r_{(48)} = (-0.545)$ ,  $p < 0.0001$ )

**Table 2.** Correlations between volition and the other study variables

235

	Variables	r Pearson / Spearman	p-Value
DS VQ center	DS WHOQOL BREFF	0.497 <sup>a</sup>	< 0.0001
	DS ISMI	(-0.413) <sup>b</sup>	0.004
DS VQ leisure	DS WHOQOL BREFF	0.389 <sup>a</sup>	0.006
	DS ISMI	(-0.333) <sup>b</sup>	0.021
DS VQ home	DS WHOQOL BREFF	0.342 <sup>a</sup>	0.017
	DS ISMI	(-0.267) <sup>b</sup>	0.067

DS: differential score; VQ: Volitive Questionnaire. WHOQOL-BREFF: Quality of Life Scale. 236

ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness. 237

<sup>a</sup> Pearson's correlation 238<sup>b</sup> Spearman's correlation 239

When comparing the means obtained in the DS WHOQOL BREFF according to different sociodemographic factors, it was found that men obtained a significantly greater improvement than women in this variable ( $p = 0.009$ ). The same happened with the DS ISMI, where it was men's self-stigma that decreased most significantly after the intervention ( $p = 0.003$ ).

#### 4. Discussion

Based on the results obtained in this research, an intervention based on occupational justice and the development of meaningful activities is effective to reduce self-stigma in the face of mental illness and to increase and improve the quality of life and volition of the residents of the San Juan de Dios Health Complex in Piura (Peru).

In recent years, many advances have been made on occupational justice and occupational rights [21]. The theoretical basis of the occupational performance movement considers access and participation in meaningful activities essential to provide holistic care in services aimed at mental health, considering the impact on a personal, functional, economic and social level [20,51]. The relationship between participation in significant activities and volition has been analyzed in numerous studies, in which the one carried out by Carpintero and Vázquez [52] shows a link between volition and participation in activities related to self-care, domestic tasks and activities developed in the community in institutionalized people with a diagnosis of mental illness. Along the same lines, Kramer and Helmes [53] relate the motivation and volition of people with mental health problems and participation in physical activities, obtaining significant differences in self-efficacy, planning and concentration. These results coincide with the present investigation, since in the data prior to the intervention the participants present low volition and quality of life, scores that change after the implementation of a therapeutic program based on occupational justice.

Several occupational therapists in Canada conducted a study with mentally ill people with disturbances in performance and significant use of time and demonstrated a relationship between participation in purposeful activities and occupational balance [54]. Along the same lines, a review made up of 18 articles [17], as well as a study carried out with a rural population under the community OT approach [55], showed that restrictions in the selection and participation in activities in people with disorders in occupational performance they negatively interfere with health and quality of life. However, and according to what was stated by Pico Martínez et al. [56], the realization of intentional occupations has repercussions in the acquisition and recovery of basic roles that generate security in the person and provide well-being, thus improving the quality of life and reducing stigmatizing attitudes both at a personal and social level. This coincides with the main results obtained in the present work, which refer to the notable improvement in the quality of life and will after the implementation of the action plan.

With regard to quality of life and self-stigma, a project carried out with 100 people with schizophrenia states that participants with higher self-stigma towards mental illness have a lower quality of life [57]. Findings that coincide with another study carried out with 85 people with a diagnosis of severe mental illness, which highlights the significant impact of internalized stigma against mental illness on health and quality of life, where higher self-stigma is correlated with lower quality of life [23]. These results are similar to those presented in this research, since, after the intervention, when participating in meaningful occupations, volition and quality of life increase, and on the contrary, the self-stigma of the participants decreases.

In relation to self-stigma and volition, and unlike the research carried out by Birken Henderson and Slade [23], where they highlight the positive impact of interventions based on performance at home in reducing self-stigma of people institutionalized in centers that provide mental health care; In the findings of the present study, it is observed that the volition at home of the participants and self-stigma are not correlated. However, and according to what is stated by Vrbova, Prasco et al. [26], there is a negative correlation between quality of life and volition with respect to self-stigma, that is, the improvement in quality of life and volition lead to a decrease in the internalized stigma.

Despite the fact that there is much research carried out on the gender perspective in social health disciplines, the gap in the benefits of therapeutic programs between men and women continues to be a reality [59]. Moreover, although in sociocultural contexts such as Peru, the favorable attitude towards gender equality in recent years stands out. Studies such as the one carried out by Cabanillas-Rojas [60] and Scheerens [61] expose the differences in alcohol consumption in young people, with the annual prevalence of women being higher compared to men. This study also corroborates the enormous differences between both genders in domestic tasks and in life in society, that is, while women mostly operate in micro-environments such as the home or the market, men go out to the market. Community [60]. This is related to the results obtained in the research, since despite not making any difference between both genders in the design and implementation of the intervention, the men who participate in the process improved more than the women in the variables quality of life and self-stigma.

This study should be considered in the context of its strengths and weaknesses. Regarding its limitations, this investigation was developed in a rural population in northern Peru, where resources are limited and where the stigmatization of mental illness is very high. Likewise, the small sample size and the administration of standardized tools not adapted to the sociocultural context are the main weaknesses of the study.

This research provides specialized and individualized care to people who would probably not have access to the socio-sanitary service, but future ones with broader and more representative samples are proposed, as well as including people from different localities, thus allowing the study to be generalized and extrapolated to other sociocultural contexts.

## 5. Conclusions

An intervention based on occupational justice and the development of meaningful activities is effective in reducing self-stigma in the face of mental illness and in increasing and improving the quality of life and the will of the residents of the San Juan de Dios Health Complex in Piura. (Peru), where men showed better scores than women after the intervention. Future research with larger and more representative samples are proposed for greater generalization and extrapolation of the study to other sociocultural contexts.

**Author Contributions:** Conceptualization, J.J.G.-B. and L.E.-M.; methodology, L.E.-M., J.G.-S., M.S.-P. and P.R.-F.; software, J.J.G.-B., and P.R.-F.; validation, J.G.-S and M.S.-P.; formal analysis, P.R.-F.; investigation, J.J.G.-B., L.E.-M., J.G.-S. and M.S.-P.; data curation, J.G.-S. and P.R.-F.; writing-original draft preparation, L.E.-M. and M.S.-P.; writing-review and editing, J.G.-S. and P.R.-F.; visualization,

J.J.G.-B., L.E.-M., J.G.-S., M.S.-P., and P.R.-F.; supervision, J.J.G.-B. and J.G.-S.; project administration, J.J.G.-B., L.E.-M. and J.G.-S. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript. 330  
331  
332

**Funding:** This research received no external funding. 333

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Review Board of San Juan de Dios Health Complex of Piura (Register Number: 402-2019-CG-CRSJD-PIURA). 334  
335  
336

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. 337  
338

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest. 339

## References 340

- Defensoría del Pueblo. *El Derecho de la Salud Mental- Supervisión de la Implementación de la Política pública de atención Comunitaria y el Camino a la Desinstitucionalización*. Defensoría del Pueblo: Lima, Perú, 2018. Available online: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-Nº-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf> (accessed on 12 March 2021) 341  
342  
343  
344
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. *Anales de Salud Mental*. Volume 34. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”: Lima, Perú, 2018. Available online: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20nro2%20ANALES%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf> (accessed on 14 March 2021) 345  
346  
347  
348
- Ministerio de Salud del Perú. *Lineamientos de Política sectorial en Salud Mental*. Minsa: Lima, Perú, 2018. Available online: <https://mail.google.com/mail/u/0/?ogbl#inbox/FMfcgwxGDWrhfcgGTcwPmmtt ZtDbstTq?projector=1&messagePartId=0.1> (accessed on 14 March 2021) 349  
350  
351
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Recopilación 2012*. Anales de Salud Mental, 29. 2012. Available online: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf> (accessed on 12 March 2021) 352  
353  
354
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General*. Anales de Salud Mental, 28. 2002. Available online: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf> (accessed on 12 March 2021) 355  
356  
357
- Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Informe General*. Anales de Salud Mental, 23. 2006. Available online: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2006-ASM-EESM-CP/files/res/downloads/book.pdf> (accessed on 16 March 2021) 358  
359  
360
- Ubilla, E. El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* **2009**, *47*, 153-162, doi: 10.4067/S0717-92272009000200008 361  
362
- Valenzuela-Contreras, L.M. La salud desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*. **2016**, *9*, 50-59. 363  
364
- Castillo-Martell, H.; Cutipé-Cárdenas, Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. **2019**, *36*, 326-333, doi: 10.17843/rpmesp.2019.362.4624. 365  
366
- Townsend, E.W. Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional: procesos prácticos basados en la -comunidad. In *Terapia Ocupacional Sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*; Kronenberg, F., Simó, S., Pollard, N., Eds.; Médica Panamericana: Madrid, Spain, **2006**; pp. 110-126. 367  
368  
369
- Pollard, N.; Sakellariou, D.; Kronenberg, F. *A political practice of occupational therapy*. Elsevier; Edimburgh, United Kingdom, **2008**. 370  
371
- Kinesella, E.A. Reflections on reflective practice. *Can J Occup Ther.* **2001**, *68*, 195-198, doi: 10.1177/000841740106800308 372
- Hammell, K.W. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther.* **2004**, *7*, 296-305, doi: 10.1177/000841740407100509 373  
374
- Hammell, K.W. Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational categories. *Can J Occup Ther.* **2009**, *76*, 107-114, doi: 10.1177/000841740907600208 375  
376
- Di Filippo, S.; Servadio, A.; Bellucci, P.; Fabbrini, G.; Niolu, C.; De Santis, R.; Galeoto, G. Validation and Cross-Cultural Adaptation of the Volitional Questionnaire in an Italian Population with Psychiatric Disorders: A Cross-Sectional Study. *Occup Ther Health Care.* **2020**, *34*, 19-31, doi: 10.1080/07380577.2019.1703237 377  
378  
379
- Gómez-Muñoz C. Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias. *Rev Psiqu.* **2012**, *16*, 6971-6991. 380  
381
- Harel-Katz, H.; Carmeli, E. The association between volition and participation in adults with acquired disabilities: A scoping review. *Hong Kong J Occup Ther.* **2019**, *32*, 84-86, doi: 10.1177/1569186119870022. 382  
383

18. Carrera-López, L.C.; Ninahualpa-Sánchez, G.C. *Aplicación de la técnica Danza Movimiento Terapia (DMT) para mejorar la volición al momento de ejecutar las actividades del ocio y tiempo libre en pacientes con esquizofrenia y discapacidad intelectual leve en el Albergue San Juan de Dios en el periodo de abril 2019-septiembre 2019*. Quito :UCE. **2019**. 384
19. Fenton, L.; White, C.; Gallant, K.A.; Gilbert, R.; Hutchinson, S.; Hamilton-Hinch, B.; Lauckner, H. The benefits of recreation for the recovery and social inclusion of individuals with mental illness: an integrative review. *Leisure Sci.* **2017**, *39*, 1-19, doi: 10.1080/01490400.2015.1120168 385
20. Ikiugu, M.S.; Nissen, R.M.; Bellar, C.; Maasen, A.; Van-Peursem, K. Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A meta-analysis. *Am J Occup Ther.* **2017**, *71*, doi: 10.5014/ajot.2017.024588 386
21. Hocking, C. La justicia ocupacional como justicia social: la demanda moral de la inclusión. *J. Occup. Sci.* **2020**, *24*, 29-42, doi: 10.1080/14427591.2017.1294016. 387
22. Bustamante-Silva, L.; Catalán-Garcés, C.; Salgado-López, J.; Spuler-Cuevas, G. Constructo social de la ocupación músicas y músicos callejeros de la ciudad de Temuco: desde una mirada de Justicia Ocupacional. *RETO.* **2018**, *4*, 14-38. 388
23. Birken, M.; Henderson, C.; Slade, M. The development of an occupational therapy intervention for adults with a diagnosed psychotic disorder following discharge from hospital. *Pilot and Feasibility Studies.* **2018**, *4*, 81, doi: 10.1186/s40814-018-0267-7. 389
24. Pérez, L.; Ultera, E.; Lopera, M.J. Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social Y apoyo Social con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. *NURE Inv.* **2014**, *11*, 1-8. 390
25. Touriño, R.; Acosta, F.J.; Giraldez, A.; Álvarez, J.; González, J.M.; Albelreira, C.; Benítez, N.; Baena, E.; Fernández, J.A.; Rodríguez, C.J. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. *Actas Esp Psiquiatr.* **2018**, *46*, 33-41. 391
26. Vrbova, K.; Prasko, J.; Ociskova, M.; Kamaradova, D.; Marackova, M.; Holubova, M.; Grambal, A.; Slepecky, M.; Latalova, K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* **2017**, *13*, 567-576, doi: 10.2147/NDT.S122483. 392
27. Guajardo, A. About new forms of colonization in occupational therapy. Reflections on the Idea of Occupational Justice from a critical-political philosophy perspective. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* **2020**, *28*, 1-17. 393
28. Galvin, D.; Wilding, C.; Whiteford, G. Utopian visions/dystopian realities: Exploring practice and taking action to enable human rights and occupational justice in a hospital context. *Aust. Occup. Ther. J.* **2011**, *58*, 378-385. 394
29. Simó-Algado, S.; Restrepo, A.; Leonardo, J. El colegio del cuerpo: la danza como lenguaje de justicia ocupacional. *TOG (A Coruña)*. **2007**, *6*, 1-22. 395
30. Pizarro, E.; Estrella, S.; Figueroa, F.; Helmke, F.; Pontigo, C.; Whiteford, G. Entendiendo la justicia ocupacional desde el concepto de territorio, una propuesta para la ciencia de la ocupación. *J. Occup. Sci.* **2018**, *25*, 16-26, doi: 10.1080/14427591.2018.1487262. 396
31. Giacomelli, A.; Guedes dos Santos, J.L.; Soares de Lima, S.B.; Luzia, J. La etnografía utilizada en una investigación en enfermería: La construcción de una "descripción densa". *Index Enferm.* **2009**, *18*, 47-51, doi: 10.4321/S1132-12962009000100010. 397
32. Vitorelli, K.; Almeida, A.; Dos Santos, C.C.; Garcia, C.; Ribeiro, M.P.; Mendes, M.A. Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. *Index Enfem.* **2014**, *23*, 75-79, doi: 10.4321/S1132-12962014000100016. 398
33. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ.* **2001**, 373-374. 399
34. Pan American Health Organization (PAHO). Ethics Review Committee. Standard Operating Procedures for submitting research proposals, **2009**. Available online: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3291:2010-ethics-review-committee-standard-operating-procedures-submitting-research-proposals&Itemid=1655&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3291:2010-ethics-review-committee-standard-operating-procedures-submitting-research-proposals&Itemid=1655&lang=es). 400
35. Comisión Europea: CORDIS. Ethics in research and international cooperation. Available online: [https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858\\_es.html](https://cordis.europa.eu/programme/rcn/701858_es.html). 401
36. WFOT. Code of Ethics. World Health Organization. Available online: <http://www.wfot.org/aboutus/fundamentalbeliefs.aspx>. 402
37. Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC). Available online: <https://www.cotoc.cat/es/cotoc/38-sense-categoria/13-codigo-etico-de-terapia-ocupacional>. 403
38. Chern, J.S.; Kielhofner, G.; de las Heras, C.G.; Magalhaes, L.C. The Volitional Questionnaire: Psychometric development and practical use. *Am J Occup Ther.* **1996**, *50*, 516-25, doi: 10.5014/ajot.50.7.516 404
39. Parkinson, S.; Lowe, Claire.; Vecsey, T. The therapeutic benefits of horticulture in a mental health service. *Br J Occup Ther.* **2011**, *74*, 525-534, doi: 10.4276/030802211X13204135680901 405
40. Li, Y.; Kielhofner, G. Psychometric Properties of the Volitional Questionnaire. *Israeli Society of Occupational Therapy.* **2004**, *13*, 85-98. 406
41. Fan, C.W.; Keponen, R.; Piikki, S.; Popova, E.; Taylor, R. Volitional questionnaire: Psychometric evaluation of the finnish translation. *Scand J Occup Ther.* **2020**, *27*, 154-162, doi: 10.1080/11038128.2019.1572786 407
42. Agren, K.A.; Kjellberg, A. Utilization and content validity of the Swedish version of the Volitional Questionnaire (VQ-5). *Occup Ther Health Care.* **2008**, *22*, 163-176, doi: 10.1080/07380570802135456 408
43. Torres, M.; Quezada, M.; Rioseco, R.; Ducci, M.E. Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: estudio comparativo mediante el uso de WHOQOL-BREF. *Rev Med Chile.* **2008**, *136*, 325-333, doi: 10.4067/S0034-98872008000300007 409
44. Cutipa, L.M.; Zamora, K.J. Adaptación y traducción del cuestionario WHOQOL-BREF de calidad de vida en adultos de la Sierra Peruana. **2020**. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/50917> 410
45. Espinoza, I.; Osorio, P.; Torrejón, M. J.; Lucas-Carrasco, R.; Bunout, D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile.* **2011**, *139*, 579-586, doi: 50034-98872011000500003 411

46. Benítez-Borrego, S.; Mancho-Fora, N.; Farràs-Permanyer, L.; Urzúa-Morales, A.; Guàrdia-Olmos, J. Differential Item Functioning of WHOQOL-BREF in nine Iberoamerican countries. *Rev Iberoam Psicol Salud.* **2016**, *7*, 51-59, doi: 10.1016/j.rips.2016.04.001 445
47. Ritsher, J.B.; Otilingam, P.C.; Grajales, M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* **2003**, *121*, 31-49, doi: 10.1016/j.psychres.2003.08.008 446
48. Boyd, J.E.; Adler, E.P.; Otilingam, P.G.; Peters, T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Compr Psychiatry.* **2014**, *55*, 221-231, doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005 447
49. Caqueo-Úrizar, A.; Boyer, L.; Urzúa, A.; Williams, D.R. Self-stigma in patients with schizophrenia: a multicentric study from three Latin-America countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **2019**, *54*, 905-909, doi: 10.1007/s00127-019-01671-4 448
50. Mora-Rios, J.; Bautista-Aguilar, N.; Natera, G.; Pedersen, D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud ment.* **2013**, *36*, 9-18, doi: 10.7711/SM.0185-3325.2013.002 449
51. Ennals, P.; Fossey, E. The Occupational Performance History Interview in community mental health case management: Consumer and occupational therapist perspectives. *Aust Occup Ther J.* **2006**, *54*, 11-21, doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00593.x 450
52. Garachana-Carpintero, M.L.; Santamaría-Vázquez, M. The Relationship Between Volition and Independent Occupational Performance in People with Mental Disorders. *Occup Ther Ment Heal.* **2017**, *33*, 394-406, doi: 10.1080/0164212X.2017.1305319 451
53. Krämer, L.V.; Helmes, A.V.; Seelig, H.; Fuchs, R.; Bengel, J. Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. *Psychol Health.* **2014**, *29*, 1206-1225, doi: 10.1080/08870446.2014.918978 452
54. 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*, 267-276, doi: 10.5014/ajot.2011.001313. 453
55. Latorre, Y. Analfabetismo y ocupación en población rural. *RETO.* **2020**, *7*, 58-76. 454
56. Pico-Martínez V.S.; León-Cadme, M.M.; Caycedo-Casas, X.; Cantos Santana E.M. Desempeño ocupacional en madres migrantes en situación de vulnerabilidad. *Revista Dilemas Contemporaneos.* **2020**, *30*, doi: 10.46377/dilemas.v35i1.2251. 455
57. Tang, I.C.; Wu, H.C. Quality of Life and Self-Stigma in Individuals with Schizophrenia. *Psychiatr Q.* **2012**, *83*, 497-507, doi: 10.1007/s11126-012-9218-2. 456
58. Corrigan, P.W.; Sokol, K.A.; Rüsck, N. The Impact of Self-Stigma and Mutual Help Programs on the Quality of Life of People with Serious Mental Illnesses. *Community Ment Health J.* **2013**, *49*, 1-6, doi: 10.1007/s10597-011-9445-2. 457
59. Moreno- Sarmiento, B.; Morrison-Jara, R.; Peña-Cáceres, D.; Reyes-Reyes, B. Percepción de la construcción de género en estudiantes de terapia ocupacional: una aproximación al género en la vida cotidiana. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* **2018**, *26*, 163-175, doi: 10.4322/2526-8910.ctoAO1124. 458
60. Cabanillas-Rojas W. Consumo de alcohol y género en la población adolescente escolarizada del Perú: evolución y retos de intervención. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* **2020**, *37*, 148-154, doi: 10.17843/rpmesp.2020.371.5151. 459
61. Scheerens D. La población nini en Perú: una perspectiva de género. *Revista Temas.* **2016**, *12*, 36-43. 460

**ANEXO IV: Cuestionario Volitivo y Cuestionario Volitivo Pediátrico.**







### **Espacio**

Lugar (es) en que el cliente fue observado: \_\_\_\_\_

Ubicación:     Interior         Aire Libre

Iluminación:  Natural         Artificial

Sonidos:         Tranquilo         Ruidoso

Espacio para moverse:

Pequeño         Adecuado

Factores Adicionales que Afectan la Volición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Ambiente Social**

Individual         Uno a uno

Grupo: (*Cantidad de Personas*): \_\_\_\_\_

Elegido por el cliente         Preseleccionado

Personas Familiar         Personas extrañas

Pares         Adultos

Factores Adicionales que Afectan la Volición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Objetos**

Familiares         Extraños

Naturales         Fabricados

Similares         Diferentes

Simples         Complejos

Pocos         Muchos

Factores Adicionales que Afectan la Volición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Formas Ocupacionales**

Actividad/Actividades en las que el cliente participa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familiar         Extraña

Elegida por el cliente         Preseleccionada

Estructurada         No estructurada

Desafío Adecuado         Desafío Inadecuado

Factores Adicionales que Afectan la Volición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ANEXO V: Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.**



Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

---

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

---

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

---

---

---

**Gracias por su ayuda**



**ANEXO VI: Cuestionario de Conciencia de los Estigmas (SCQ).**



			TOTAL DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	TOTAL DE ACUERDO
1	Los pensamientos generales sobre cómo se comporta una persona con mi discapacidad no me afecta personalmente						
2	No me preocupa que mi comportamiento sea visto como el típico de una persona con mi discapacidad						
3	Cuando me relaciono con personas sin discapacidad siento que interpretan todo lo que hago a partir de hecho de que soy una persona con discapacidad						
4	La mayoría de las personas sin discapacidad no juzgan a las personas con discapacidad por sus capacidades reales						
5	Mi condición de persona con discapacidad no influye en la manera en que las personas sin discapacidad actúan conmigo						
6	Nunca pienso en el hecho de que son una persona con discapacidad al relacionarme e interactuar con personas sin discapacidad						
7	Mi condición de persona con discapacidad no influye en la manera en que la gente actúa y se relaciona conmigo						
8	La mayoría de las personas sin discapacidad tienen muchos más prejuicios hacia las personas con discapacidad de los que realmente expresan						
9	A menudo pienso que las personas sin discapacidad son acusados injustamente de tener prejuicios hacia las personas con discapacidad						
10	La mayoría de las personas sin discapacidad tienen problemas para considerar como iguales a las personas con discapacidad						



**ANEXO VII: Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental (ISMI).**



En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal."	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.	1	2	3	4



**ANEXO VIII: Cuestionario de Atribución AQ-27.**









**En su opinión, ¿hasta qué punto es María responsable de su situación actual?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

**¿Hasta qué punto le aterrorizaría María?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

**Si estuviera al cargo del tratamiento de María, le obligaría a vivir en un piso supervisado**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

**Si fuera propietario/A, probablemente alquilaría un piso a María**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

**¿Cuánta preocupación sentiría por María?**

1      2      3      4      5      6      7      8      9

En absoluto

Muchísimo

**ANEXO IX: Cuestionario Ad Hoc.**



<b>NIVEL COGNITIVO</b>		
	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
<b>Orientación (personal y espacial)</b>		
<b>Memoria</b>		
<b>Coordinación visual- espacial</b>		
<b>Atención</b>		
<b>Lenguaje verbal</b>		
<b>Abstracción</b>		
<b>Concentración</b>		
<b>Comentarios:</b>		

<b>ESTADO EMOCIONAL</b>					
	<b>Nada</b>	<b>Poco</b>	<b>Regular</b>	<b>Mucha</b>	<b>Excesiva</b>
<b>Satisfacción con la vida</b>					
<b>Nivel de aburrimiento</b>					
<b>Tiene miedo</b>					
<b>Se siente feliz</b>					
<b>Se siente abandonado</b>					
<b>Comentarios:</b>					

<b>COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL</b>		
	<b>Adecuada</b>	<b>Inadecuada</b>
<b>Apariencia</b>		
<b>Expresión (verbal)</b>		
<b>Expresión (no verbal)</b>		
<b>Adquiere responsabilidad</b>		
<b>Complejidad de la tarea</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Demanda atención</b>		
<b>Sigue instrucciones</b>		
<b>Comentarios:</b>		

<b>ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>		
	<b>Independiente</b>	<b>Dependiente</b>
<b>Baño/ducha</b>		
<b>Cuidado de vejiga</b>		
<b>Cuidado de intestinos</b>		
<b>Vestido</b>		
<b>Movilidad</b>		
<b>Alimentación</b>		
<b>Higiene/aseo personal</b>		
<b>Descanso y sueño</b>		
<b>Manejo del dinero</b>		
<b>Cuidado de otros</b>		
<b>Comentarios:</b>		

**HABILIDAD DE COMUNICACIÓN E  
INTERACCIÓN**

	Nada	Poco	Regular	Mucha	Excesiva
<b>Contacto físico con los demás</b>					
<b>Gesticulación</b>					
<b>Articulación de palabras</b>					
<b>Pregunta</b>					
<b>Mantiene la comunicación</b>					
<b>Comparte expresiones/emoción</b>					
<b>Comentarios:</b>					

**FUNCIONAMIENTO SOCIAL**

	Nada	Poco	Regular	Mucha	Excesiva
<b>Relación con extraños/as</b>					
<b>Relaciona con compañeros/as</b>					
<b>Discute con compañeros/as</b>					
<b>Cómodo en grupo</b>					
<b>Comentarios:</b>					



**ANEXO X: Consentimiento informado**





 <p>UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p><b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE BURGOS</b></p>	<p>INVESTIGADORA: LEIRE EIGUREN MUNITIS</p>
--	---	---

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA  
TESIS DOCTORAL**

**Universidad de Burgos**

**INVESTIGADORA RESPONSABLE: Leire Eiguren Munitis**

**EMAIL DE CONTACTO: lem0006@alu.ubu.es**

**TELEFONO DE CONTACTO: +34 688 645 392**

**NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: "Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas".**

En primer lugar, gracias por tu colaboración, sin tu ayuda no sería posible llevar a cabo este estudio

**A. FINALIDAD DEL ESTUDIO PROPUESTO**

Los objetivos generales del estudio son en primer lugar analizar la repercusión de factores externos, como son las características ambientales y sociales en la volición y en la participación ocupacional en personas con discapacidad del norte de Marruecos y Perú y diseñar y llevar a cabo intervenciones mediante actividades significativas personales y culturales para fomentar la inclusión en la comunidad de las personas residentes en el "Complejo Sanitario San Juan de Dios de Piura" (Perú) y los beneficiarios de la "Asociación Felicidad Sin Fronteras" (Marruecos).



Este estudio forma parte de la tesis doctoral realizada por Leire Eiguren Munitis, alumna de la Universidad de Burgos.

Para poder llevar a cabo los objetivos propuestos se van a utilizar el "Cuestionario Volitivo", el "Registro de Características Ambientales", la "escala de calidad de vida WHOQOL-BREF", la "escala de autoestigma de enfermedad" (ISMI), el "Cuestionario AQ-27" y una entrevista semiestructurada Ad Hoc.

Dichos cuestionarios serán administrados mediante la técnica observación participante en el "Complexe Provincial des Personnes en Situation d'Handicap" de Azrou (Marruecos), el "Complejo Sanitario San Juan de Dios" de Piura (Perú), así como en los domicilios habituales de los participantes y en su ocio y tiempo libre. Asimismo, en ambas localidades se contará con un traductor e interpreta tradicional para resolver las cuestiones y dudas de las personas que participan en el estudio.

1. Cuestionario Vocacional del Modelo de Ocupación Humana consta de 14 ítems que analizan los intereses y valores de la persona, la cantidad y el tipo de apoyo necesarios para que la persona logre un indicador, la influencia de los valores, los intereses y la causalidad personal sobre la motivación de la persona para participar en actividades.
2. Registro de las Características Ambientales consta de 4 ítems que valoran la influencia de los diferentes medios ambientales sobre la volición de la persona.
3. La escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF consta de 26 ítems divididos en cuatro dimensiones (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente) que permiten al investigador conocer el perfil general de Calidad de Vida del colectivo a analizar.
4. La escala de Autoestigma de la enfermedad (ISMI). Su objetivo consiste en valorar la experiencia subjetiva del estigma, empoderamiento y orientación hacia la recuperación de la enfermedad, así como la discriminación percibida, el aislamiento social y la resistencia al estigma.
5. Cuestionario AQ-27 hace referencia a la evaluación de la actitud estigmatizante y a la valoración de las creencias hacia las personas con trastorno mental grave, haciendo hincapié en los estereotipos, creencias y conductas hacia la Salud Mental.
6. Entrevista Ad Hoc, esta dividida en tres boques. El primero, hace referencia a los datos personales de la persona entrevistada, el segundo, recoge información sobre el nivel cognitivo, estado emocional, comportamiento ocupacional, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, habilidades de comunicación e interacción y el funcionamiento social y el tercer y último bloque consta de cuatro preguntas abiertas sobre las actividades significativas de la persona entrevistada.

**B. ¿En qué consiste su participación?**

En esta fase del estudio la participación consiste en:

Por parte de los beneficiarios de la investigación:

- En la Clínica y el Complejo seguir las indicaciones establecidas por los profesionales del centro mientras la investigadora observa y completa los registros y herramientas de evaluación.
- En su domicilio habitual y en el ocio y tiempo libre, realizar las actividades cotidianas mientras la investigadora observa y completa los registros y herramientas de evaluación.
- Las personas externas a ambas instituciones que participan en el estudio tendrán que complementar el Cuestionario de Atribuciones AQ-27 y entregárselo a la investigadora en un periodo menos de dos días laborables.

Para completar la información:

- Con la ayuda del traductor e intérprete local y los profesionales del Complejo se le facilitarán cuatro preguntas para completar los datos de los cuestionarios de acuerdo con su cultura y estilo de vida.

Es relevante que UD., como participante en este estudio conozca que su participación es absolutamente voluntaria y debe planear todas las dudas que considere oportunas sobre su participación.

**C. Beneficios y riesgos**

Los beneficios que supone participar en este estudio son numerosos, pero principalmente supondrá una puesta al día de la situación de las personas con discapacidad en Marruecos y Perú y de la eficiencia de realizar y diseñar intervenciones mediante ocupaciones significativas personales y culturales como vía de inclusión de las personas en la comunidad. Esta información se difundirá primeramente dentro del ámbito universitario, con el fin de realizar la tesis doctoral, y posteriormente puede ser difundido entre las personas involucradas en el estudio y colectivo socio sanitario y educativo, con el objetivo de colaborar en el ámbito de la inclusión de las personas más vulnerables y en situación de riesgo de exclusión social.



El estudio no supone ningún riesgo para los participantes.

#### **D. CONSIDERACIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2008, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, ninguno de los datos personales que se requieren para realizar el estudio serán relevados a personas externas al estudio. Asimismo, en el presente estudio no se incluyen datos personales y se han eliminado todos los datos que vinculan a las personas participantes. Así, la información sociodemográfica de los participantes (edad, género, lugar de residencia) se mantendrá en un lugar seguro, utilizándose para la finalidad del presente estudio, no siendo compartida con ninguna otra persona en ningún momento y bajo ningún concepto

Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

En caso de incapacidad el tutor legal en consenso con el usuario será el responsable de decidir la participación de este en el estudio y será el encargado de firmar el consentimiento informado.

MUCHAS GRACIAS DE NUEVO POR SU COLABORACIÓN

 <p>UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p><b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL</b></p> <p><b>UNIVERSIDAD DE BURGOS</b></p>	<p>INVESTIGADOR: LEIRE EIGUREN MUNITIS</p>
--	---	--

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DIRECTOR MÉDICO DEL  
“COMPLEJO SANITARIO SAN JUAN DE DIOS”**

**“Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y  
colectivas.”**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_

(Director Médico del “Complejo Sanitario San Juan de Dios” de Piura (Perú))

Con Pasaporte: \_\_\_\_\_ expongo que:

He recibido y leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del estudio “Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas”.

He podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado respecto al presente estudio y he hablado de ello con la investigadora principal Leire Eiguren Munitis.

También comprendo que la participación es voluntaria, y que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

También he sido informado/a que los datos personales del Complejo serán protegidos y únicamente utilizados con fines relacionados con el propósito del estudio.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento adjunto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR MÉDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

Yo, como Investigadora Principal del Estudio, he explicado los detalles relevantes y el propósito de este estudio. También he resuelto las dudas sobre la investigación al Director Médico del “Complejo Sanitario San Juan de Dios”.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

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

 <p>UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p>INVESTIGADORA: LEIRE EIGUREN MUNITIS</p>
--	--	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL GERENTE DEL “COMPLEJO  
SANITARIO SAN JUAN DE DIOS”**

**“Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y  
colectivas.”**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_

(Gerente del “Complejo Sanitario San Juan de Dios” de Piura (Perú))

Con Pasaporte: \_\_\_\_\_ expongo que:

He recibido y leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del estudio “Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas”.

He podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado respecto al presente estudio y he hablado de ello con la investigadora principal Leire Eiguren Munitis.

También comprendo que la participación es voluntaria, y que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

También he sido informado/a que los datos personales del Complejo serán protegidos y únicamente utilizados con fines relacionados con el propósito del estudio.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento adjunto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL GERENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

Yo, como Investigadora Principal del Estudio, he explicado los detalles relevantes y el propósito de este estudio. También he resuelto las dudas sobre la investigación al Gerente del “Complejo Sanitario San Juan de Dios”.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

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

 <p>UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p><b>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE BURGOS</b></p>	<p>INVESTIGADORA: LEIRE EIGUREN MUNITIS</p>
--	---	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DIRECTOR DEL “COMPLEXE  
PROVINCIAL DES PERSONNES EN SITUATION D’HANDICAPD”**

**“Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y  
colectivas”**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_

(director del “Complexe Provincial des Personnes en Situation d’Handicapd”)

Con Pasaporte: \_\_\_\_\_ expongo que:

He recibido y leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del estudio “Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas”.

He podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado respecto al presente estudio y he hablado de ello con la investigadora principal Leire Eiguren Munitis.

También comprendo que la participación es voluntaria, y que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

También he sido informado/a que los datos personales del Centro serán protegidos y únicamente utilizados con fines relacionados con el propósito del estudio.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento adjunto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

Yo, como Investigadora Principal del Estudio, he explicado los detalles relevantes y el propósito de este estudio. También he resuelto las dudas sobre la investigación al director del “Complexe Provincial des Personnes en Situation d’Handicapd”.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

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

 <p>UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p>DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN DE UNA TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE BURGOS</p>	<p>INVESTIGADORA: LEIRE EIGUREN MUNITIS</p>
--	--	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PRESIDENTE DE LA  
“ASOCIACIÓN FELICIDAD SIN FRONTERAS”**

**“Intervención intercultural mediante actividades significativas personales y  
colectivas”**

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_

(Presidente de la “Asociación Felicidad Sin Fronteras”)

Con Pasaporte: \_\_\_\_\_ expongo que:

He recibido y leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del estudio “intervención intercultural mediante actividades significativas personales y colectivas”.

He podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado respecto al presente estudio y he hablado de ello con la investigadora principal Leire Eiguren Munitis.

También comprendo que la participación es voluntaria, y que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento.

También he sido informado/a que los datos personales del Centro serán protegidos y únicamente utilizados con fines relacionados con el propósito del estudio.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento adjunto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

Yo, como Investigadora Principal del Estudio, he explicado los detalles relevantes y el propósito de este estudio. También he resuelto las dudas sobre la investigación al presidente de la “Asociación Felicidad Sin Fronteras”

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA INVESTIGADORA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDOS

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





Tesis doctoral de  
Leire Eiguren Munitis  
2021