

Junio  
de 2009

# Percepción del estigma de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha hacia las personas con enfermedades mentales

Trabajo de Investigación: Máster en Terapia Ocupacional aplicada a la  
Salud Mental

Beatriz Martínez Martínez  
Francisco Javier Vidal Barrantes  
Junio de 2009





## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

### 1.A/ **Título descriptivo del proyecto de investigación ocupacional:**

“Estudio de la percepción de estigma hacia la enfermedad mental por parte de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha”.

### 1.B/ **Currículum resumido de los investigadores:**

- **Francisco Javier Vidal Barrantes.-**

Terapeuta Ocupacional Diplomado por la Escuela de Enfermería y Terapia Ocupacional de la Universidad de Extremadura, curso académico 1998-2001. Alumno del Máster en Salud Mental en Terapia Ocupacional por la Universidad de Castilla la Mancha y del Máster en Rehabilitación Psicosocial, Universidad Católica de Oporto, Portugal.

Coordinador del Servicio de Terapia Ocupacional de la “Casa de Saúde do Bom Jesús”, Braga (Portugal) 2001-2003. Desempeñando las funciones de:

- Coordinador del Servicio de Terapia Ocupacional;
- Evaluación e intervención terapéutica ocupacional;
- Supervisor de la formación de alumnos de prácticas del Programa Internacional de “Leonardo da Vinci”;
- Formador ocupacional para las monitoras ocupacionales de la Institución.

Formador en los cursos ocupacionales de “Floricultor” y de “Servicios Domésticos” para personas con enfermedad mental, promovido por la Casa de Saúde do Bom Jesús y financiado por el Ministerio de la Seguridad Social (“Programa Constelación”). Septiembre-Diciembre de 2003.

Terapeuta Ocupacional en el Centro de Actividades Ocupacionales de Lomar-Braga (Portugal), de la “Asociación Portuguesa de Padres y Amigos del Ciudadano Deficiente Mental”(APPACDM). Área de deficiencia mental y patologías asociadas. 2004-2005.

Coordinador del Servicio de Terapia Ocupacional de la “Casa de Saúde São João de Deus”, Barcelos (Portugal) y miembro del Equipo Nuclear de Rehabilitación Psicosocial. Desempeñando, actualmente las funciones de:

- Coordinador del Servicio de Terapia Ocupacional;
- Supervisor del trabajo desarrollado por los Monitores Ocupacionales;
- Evaluación e intervención terapéutica ocupacional en Unidades de Corto e Internamiento Prolongado, Alcoholología y Unidades de Rehabilitación Psicosocial;
- Supervisor de la formación práctica de alumnos del Curso Profesional de “Apoyo Psicosocial”.

Autor de diversas presentaciones en Congresos Nacionales, como por ejemplo:

- “Experiencias como Terapeuta Ocupacional en la Casa de Saúde do Bom Jesús, Braga” y “Experiencias como Terapeuta Ocupacional en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida” en la I Jornada de Terapeutas



**ipee**  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

Ocupacionales en Salud Mental, 2001, organizado por el Servicio de Terapia Ocupacional de la Casa de Saúde São José. Lisboa;

- "Rehabilitación Psicosocial en la Casa de Saúde São João de Deus", en las Jornadas de "Hospitalidad-Asistencia Integral/Modelo Hospitalar", 2006, organizado por la Casa de Saúde Bom Jesús. Braga.
- "El camino de la Rehabilitación Psicosocial" (póster científico). I Congreso de Rehabilitación e Inclusión en la Salud Mental, organizado por la Asociación VIME ("Viver Melhor"). 2001. Coimbra (Portugal).

Miembro de la Asociación Portuguesa de Terapeutas Ocupacionales y alumno de diversos cursos profesionales en el área de Psiquiatría, Salud Mental y Terapia Ocupacional.

- **Beatriz Martínez Martínez. -**

En la actualidad cursando el Master en Terapia Ocupacional en Salud Mental de la UCLM en el CEU de Talavera de la Reina.

Diplomada en Terapia Ocupacional en la Universidad de Castilla La Mancha (UCLM) en el Centro de Estudios Universitarios (CEU) de Talavera de la Reina (Toledo) en el año 2006.

Terapeuta Ocupacional en la Residencia de Mayores "Fuente Recreo" de Las Pedroñeras (Cuenca) durante el mes de Agosto del 2006. Desempeñando las funciones de:

- Continuación de tratamiento de usuarios llevados a cabo por el Terapeuta Ocupacional habitual de dicho centro.
- Responsable del Departamento de Terapia Ocupacional.

Terapeuta Ocupacional en el Centro Ocupacional de la Asociación Coraje de Malagón (Ciudad Real) durante los meses de Septiembre y Octubre del 2006. Desempeñando las funciones de:

- Responsable del Departamento de Terapia Ocupacional.
- Encargada del programa de Rehabilitación comunitaria.

Terapeuta Ocupacional en el Servicio de Estancias Diurnas especializado en Alzheimer "Villa-Román" de Cuenca, desde Noviembre del 2006 hasta Junio del 2007.

- Responsable del Departamento de Terapia Ocupacional.
- Coordinadora del Centro de día.
- Tutora de Prácticas de alumnos de 3º de Terapia Ocupacional del CEU de Talavera de la Reina en el curso lectivo 2006/2007.

Coordinadora y Terapeuta Ocupacional en la actualidad del Centro de Día El Provencio, desde octubre del 2007.

- Responsable del Centro de día.



- Coordinadora del Centro de día.
- Jefa de personal.
- Encargada del Departamento de Terapia Ocupacional.

Miembro de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).

### 1.C/ **Formulación de la justificación del proyecto:**

Antes de justificar un proyecto de estas características, consideramos que es necesario referir algunas consideraciones básicas en relación a la investigación, para después, centrarnos en el objeto de estudio específico.

Así, la investigación pretende extender y desarrollar los conocimientos sobre un tema, profundizar y precisar tesis acerca de un argumento científico, interrelacionar y sintetizar el significado y el sentido de los fenómenos (naturales o sociales) mediante la integración de teorías existentes para establecer principios y ofrecer soluciones para encontrar los factores más importantes en relación con un problema, y en su caso, llevar a la práctica los conocimientos adquiridos.

Es durante la investigación en donde se obtienen los datos, por consiguiente Teoría, Método e Investigación actúan en forma recíproca para generar el conocimiento científico. En la realidad cambiante, dinámica y continua, los hechos no se presentan "como flores que brotan en el campo, y que sólo requieren ser recogidas", señala Gurvich (1964); por el contrario: es necesario saber qué se busca y cómo nos orientamos en esa búsqueda.

La investigación nos ayuda a mejorar el estudio porque nos permite establecer contacto con la realidad a fin de que la conozcamos mejor. Constituye un estímulo para la actividad intelectual creadora. Ayuda a desarrollar una curiosidad creciente acerca de la solución de problemas.

Es conveniente señalar que, en realidad, la investigación no se puede clasificar exclusivamente, sino que generalmente en toda investigación se persigue un propósito señalado, se busca un determinado nivel de conocimiento y se basa en una estrategia particular o combinada.

Además, en la investigación deben darse una serie de características para que sea, en realidad, científica:

- Estar planificada;
- Contar con los instrumentos de recolección de datos que respondan a los criterios de validez, confiabilidad y discriminación;
- Ser original;
- Ser objetiva;
- Disponer de tiempo necesario;
- Apuntar a medidas numéricas;
  
- Ofrecer resultados comprobables y verificables; y
- Utilizar técnica de muestreo con suficiente rigor científico.



En cuanto a la *necesidad de la teoría* incluida en los trabajos de investigación científica, se ha de explicar que tiene la función de, en primer lugar, orientar la investigación. Es la guía para abordar la realidad y para formular correctamente las preguntas que se desean investigar, seleccionar un marco teórico estructurado que comprenda los conceptos, las categorías, las leyes, las reglas de operación, etc. Es el primer paso que conduce y determina el tipo de investigación.

Por medio de la teoría, los datos obtenidos en la investigación, adquieren un significado que, relacionándose entre sí, permiten una representación científica de la realidad. También gracias a las teorías, se ordenan y sistematizan los hechos agrupándolos por clase, distinguiéndolos, relacionándolos, es decir, clasificándolos. Por último, permiten detectar áreas no exploradas del conocimiento y en ciertos casos, ayuda a predecir.

Otro de los aspectos importantes a tener en consideración, cuando hablamos de investigación, es tener en consideración la preocupación por los *aspectos éticos* que encierran las investigaciones centradas en la participación de seres humanos como sujetos de experimentación, como es la que nos acontece, por lo que se nos remite a la revisión de los principios, criterios o requerimientos que una investigación debe satisfacer para que sea considerada ética.

Formular la pregunta ¿qué hace que una investigación sea considerada ética? lleva implícito el reconocimiento de un juicio. El carácter ético de una investigación es materia de discusión, análisis y evaluación. Una investigación es ética en función de determinados criterios que son variables en el tiempo. Por ejemplo, según el Código de Nuremberg sólo las personas mentalmente competentes pueden ser sujetos de investigación, cuestión que fue ampliada en la Declaración de Helsinki hacia las personas con discapacidad mental y los menores de edad mediante la introducción del consentimiento del representante o tutor legal. Una investigación puede ser considerada como "ética" por algunas personas y como "no ética" por otras. La evaluación ética consiste en un juicio realizado por seres humanos. Institucionalmente, este juicio es efectuado por los miembros de los comités de ética. Sin embargo, puede ser realizado también por el conjunto de los miembros de la sociedad a la cual éstos pertenecen, abriendo el campo para el cuestionamiento de las decisiones y el debate ético.

Un análisis interesante, que surge en torno al tema de la investigación donde participan seres humanos, es el de las *relaciones entre los administradores de la investigación y los sujetos* en ella involucrados. Las relaciones interpersonales pueden ser trabajadas fuera de las variables consideradas contextuales, como circunstancias, lugar, país e institución, entre muchas otras. A pesar de las pautas y declaraciones, establecidas para regular éticamente los estudios, la confianza (de la cual no se habla en las normativas) continúa siendo el principal valor de esta relación.

Por todo esto, es necesario el *consentimiento informado* de los participantes cuya finalidad es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables. Existen tres elementos principales en la doctrina del consentimiento informado:

1.- La información que se brinda a las personas: Debe ser entregada en un lenguaje y forma que sea comprensible. Entre los datos básicos que deben aportarse está el propósito de la investigación, los procedimientos que serán realizados, los posibles riesgos, los beneficios anticipados y de qué manera la información obtenida se mantendrá confidencial.

2.- La capacidad de los sujetos de entender la información: Ello, no se trata del nivel educacional de los sujetos sino, su capacidad mental. Este elemento es complejo, parecería que no se permite hacer investigaciones con niños, ancianos, o enfermos mentales. Pero, si no fuera posible realizar investigaciones éticas con estas personas, no habría beneficios para ellos. Así, el mecanismo para dar consentimiento, en estos casos es obtener el permiso de alguien que pueda defender los intereses del sujeto.

3.- La voluntariedad con que las personas dan consentimiento: Con respecto a este elemento, lo esencial es que las personas sepan que tienen la opción de participar o no en las investigaciones y que tienen el derecho a retirarse en cualquier momento.

Además, tengamos en consideración los siguientes aspectos relacionados con el consentimiento informado:

- a) Se debe permitir que cambie de opinión, a decidir que la investigación no concuerda con sus intereses y preferencias, y a retirarse sin sanción.
- b) Se debe respetar su privacidad en la información que suministre, de acuerdo con reglas claras de confidencialidad en el manejo de datos.
- c) Se debe proporcionar a los sujetos, de inmediato, cualquier información nueva que surja sobre la investigación misma o sobre su situación participativa, que vaya en su beneficio, aunque eso signifique que se retire del estudio.
- d) Debe vigilarse cuidadosamente el bienestar del sujeto a lo largo de su participación, por si experimenta reacciones adversas o suceden situaciones de riesgo. Es obligación del investigador preocuparse de otorgar al sujeto la atención de salud que requiera en tales casos.
- e) Se debe informar a los sujetos sobre los resultados de la investigación, tanto sean parciales durante el estudio, como los contenidos del informe final al término de la investigación y efectuar un seguimiento.

Para concluir con la contextualización en relación a la investigación es importante hacer referencia al valor que esta tiene como *proceso de aprendizaje*, puesto que posee una serie de características fundamentales, las cuales permiten captar la información o lograr los objetivos propuestos. Es preciso recordar que la investigación científica es un método riguroso, en el cual se obtiene una serie de objetivos. Además tiene por fin ampliar el conocimiento científico, sin perseguir, en principio, ninguna aplicación práctica. "*Investigar es una acción de aclarar*".





ipee  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

Adentrándose más directamente en el *estudio de la investigación en Terapia Ocupacional*, diremos que desde la década de 1980, la Terapia Ocupacional ha enfrentado el desafío de la investigación y ha surgido como una disciplina de atención de la salud viable y respetada. Sin embargo, la investigación representa un estímulo dinámico que debe seguir existiendo para que constituya una prioridad profesional. Los cambios en nuestro sistema de atención de la salud, ha generado un nuevo conjunto de preguntas y cuestiones de investigación. La determinación de respuestas a estas preguntas y el planteamiento de otras nuevas aseguran que la Terapia Ocupacional siga siendo una especialidad de asistencia de la salud viable en el siglo XXI. La Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales identificó las siguientes prioridades de investigación para la profesión:

- El desarrollo y la estandarización de instrumentos para la práctica clínica y la investigación;
- Estudios que examinen el efecto de los servicios de Terapia Ocupacional, relacionado con algún aspecto de la base de conocimientos de Terapia Ocupacional;
- Estudios que examinen o comparen distintas estrategias de intervención y el proceso de razonamiento y toma de decisiones necesario para el ejercicio;
- El desarrollo, el refinamiento y el examen de la teoría;
- Estudios en relación con la ocupación en la medida en que se relacionen con el bienestar y la adaptación social; estos estudios pueden estar referidos a personas sanas o discapacitadas de cualquier grupo de edad;
- Esfuerzos por desarrollar, modificar o aplicar métodos de investigación innovadores para determinar su importancia para las necesidades de investigación de la profesión.

Relacionando la investigación científica con la investigación en Terapia Ocupacional y más específicamente con el tema "estigma vs salud mental vs estudiantes de Terapia Ocupacional", diremos que el trabajo del terapeuta ocupacional como miembro del equipo multidisciplinar en los Programas de Trastorno Mental Grave debe centrarse en la provisión de los servicios e intervenciones específicos que conciernen al dominio de la disciplina, aportando su visión al equipo y delimitando el tipo de referencias específicas que puede recibir el terapeuta ocupacional. Como es bien sabido, el terapeuta ocupacional está especialmente formado para evaluar y tratar las dificultades de funcionamiento a nivel ocupacional, a saber: en las actividades de la vida diaria, de ocio y laborales de la población atendida. (Occupational Therapy Practice Framework. AOTA 2008). El objetivo del terapeuta ocupacional que trabaja en la comunidad es el de favorecer la participación ocupacional del usuario, a través del desarrollo de actividades lo más normalizadas posible dentro de la comunidad, utilizando los recursos disponibles en ella para llevar a cabo estas actividades normalizadas, así como adaptando y desarrollando actividades adecuadas a las características de los pacientes tratados. Para ello debemos tener en cuenta los deseos y prioridades de los individuos con los que trabajamos, así como los medios a través de los cuales los pacientes prefieren expresarse. Esto supone mantener un delicado equilibrio entre la libertad de elección del sujeto y el nivel adecuado de cambio que puede afrontar, sin exceder sus posibilidades y aceptando unas limitaciones ante la posibilidad de aparición del riesgo para el usuario. Sólo así, la Terapia Ocupacional permitirá un desarrollo adecuado de funcionamiento ocupacional en todos aquellos clientes que demanden nuestra intervención.

Los posibles comportamientos de discriminación de los estudiantes de Terapia Ocupacional en relación a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental, estarán condicionados por una serie de conocimientos estereotipados que necesitan ser estudiados, valorados, para de esta forma, introducir las modificaciones oportunas en la formación reglada/universitaria de estos estudiantes. Permitirá igualmente, saber hasta qué punto se deberán modificar, en cierto sentido, unos comportamientos basados en creencias irracionales que condicionan, sin lugar a duda, la forma de implementación y la actitud de los futuros profesionales en relación a los diferentes programas de intervención ocupacional pudiendo poner en riesgo el objetivo final de la Terapia Ocupacional y en definitiva, la calidad de vida de los usuarios.

Por tanto, valorar los comportamientos y prejuicios en los estudiantes se considera esencial para establecer medidas encaminadas a evitar la discriminación hacia las personas con una enfermedad mental y por tanto apostar por la rehabilitación de los usuarios portadores de una enfermedad mental crónica. ¿Será que un futuro profesional de Terapia Ocupacional con creencias irrealistas y aprendidas en relación a la enfermedad mental crónica estará dispuesto a invertir cognitiva y emocionalmente en la rehabilitación psicosocial de estas personas, cuando sus estructuras cognitivas están absorbidas por preconcepciones? Sólo conseguiremos responder a esta pregunta una vez realizado el estudio.

En las revisiones bibliográficas que se han realizado, no ha habido ningún artículo en castellano que estudie y valore el estigma de los estudiantes universitarios de Terapia Ocupacional en la Salud Mental. Nos referimos a estudios realizados por terapeutas ocupacionales. Sería aliciente y justificado un estudio de estas características realizado en nuestro país.

#### 1.D/ **Objetivos de la investigación ocupacional:**

Es necesario establecer qué pretende la investigación, es decir, *cuáles son sus objetivos*. Hay investigaciones que buscan, ante todo, contribuir a resolver un problema en especial –en tal caso debe mencionarse cuál es y de qué manera se piensa que el estudio ayudará a resolverlo–, y otras que tienen como objetivo principal probar una teoría o aportar evidencia empírica a favor de ella.

Los objetivos deben expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación cuantitativa y ser susceptibles de alcanzarse; *son las guías del estudio* y hay que tenerlos presente durante todo su desarrollo. *"Evidentemente, los objetivos que se especifiquen requieren ser congruentes entre sí"*. (Hernández, 2006).

- Debe tener un único objetivo general;
- Enumerados en orden de importancia, orden lógico, orden temporal,...;
- Deben ser consistentes con el problema;
- Los objetivos son inherentes a la definición y delimitación del problema; es decir, se desprenden al precisar el estudio. Los objetivos de investigación se construyen tomando como base la operatividad y el alcance de la investigación;



- Se expresa una acción a llevar a cabo. Por lo tanto debe estar iniciado por verbos fuertes, que indican acciones, a continuación se indica el fenómeno en el que –o con quien–se llevará a cabo dicha acción. Seguidamente se indica el objeto de investigación, es decir, el fenómeno o las partes en relación que serán investigados, indicando finalmente para qué se realiza esta acción investigativa.

- Requisitos para plantear los objetivos:

- Enfocarse a la solución del problema;
- Ser realistas;
- Ser medibles;
- Ser congruentes;
- Ser importantes;
- Redactarse evitando palabras subjetivas;
- Precisar los factores existentes que lleva a investigar;
- Enfatizar la importancia de mejorar la organización.

- Para construir los objetivos es necesario tener en consideración los siguientes interrogantes (los que sean más necesarios y en el orden más conveniente): Quién, qué, cómo, cuándo y dónde.

En resumen, el objetivo de la investigación es el enunciado claro y preciso de las metas que se persiguen. El objetivo del investigador es, por tanto, *llegar a tomar decisiones y a elaborar una teoría que le permita generalizar y resolver, en la misma forma, problemas semejantes en el futuro*. Los métodos que se elijan deben ser los más apropiados para el logro de los objetivos.

Todo trabajo de investigación es evaluado por el logro de los objetivos mediante un proceso sistemático, los cuales deben haber sido previamente señalados y seleccionados al comienzo de la investigación. Tendremos oportunidad de hablar detenidamente sobre las diferentes metodologías de investigación.

La evaluación de la investigación se realiza en base a los objetivos propuestos. Al finalizar la investigación, los objetivos han de ser identificables con los resultados, es decir, toda la investigación deberá estar respondiendo a los objetivos formulados.

Los objetivos generales dan origen a objetivos específicos que indica lo que se pretende realizar en cada una de las etapas de la investigación. Estos objetivos deben ser evaluados en cada paso para conocer los distintos niveles de resultados. La suma de los objetivos específicos es igual al objetivo general y por tanto a los resultados esperados de la investigación. Conviene anotar que son los específicos los que se investigan y no el objetivo general, ya que este se logra con la suma de los anteriores.

Siguiendo con lo citado anteriormente, es el momento de exponer que los objetivos específicos de nuestro estudio:

### Objetivos específicos:

- Conocer cuáles son los estereotipos que tienen los estudiantes de Terapia Ocupacional hacia las personas con una enfermedad mental crónica;
- Estudiar aquellos factores que influyen en la interiorización de preconceptos;
- Determinar si la formación teórica en psiquiatría se relaciona con los estereotipos
- Proponer alternativas de sensibilización para la desmitificación de la enfermedad mental crónica, en el caso de observarse importantes indicios de comportamientos preconceptuosos.

#### 1.E/ Viabilidad:

En 1972, los profesores de Harvard, Kenneth Andrews, experto en estrategia empresarial y marketing, y Roland Chistensen, experto en el estudio de casos, crearon como herramienta de análisis, gestión de recursos y evaluación el **SWOT** (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), traducido en español como **DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades). Se trata, pues, de una técnica surgida para la estrategia empresarial, aplicada más adelante para el análisis de organizaciones, instituciones, asociaciones, así como para la intervención social en materias como la educación, el desarrollo local y las políticas sociales. Su objeto es conocer la situación en que se encuentra un colectivo, una institución, una asociación, una empresa..., desde la perspectiva de sus miembros. Se señalan los riesgos y las oportunidades, presentes y futuras, de la organización o situación que se pretende analizar para diseñar acciones y programas. El nombre de la técnica se deriva de sus iniciales:

D: Debilidades o puntos débiles. Son los aspectos que limitan o reducen la capacidad de acción del grupo en sí, es decir, desde su interior. Son limitaciones que pueden impedir a la comunidad, a la entidad, a la empresa, a la asociación, desarrollarse, conseguir sus objetivos, aprovechar los recursos, etcétera.

A: Amenazas: Las constituyen aquellos elementos externos a la asociación o colectivo que impiden el desarrollo de una acción, constituyendo un obstáculo presente y futuro para el propio grupo, para la eficacia de sus acciones, para la obtención de objetivos, etcétera. Son, por tanto, fenómenos ajenos al colectivo pero que inciden directamente, de forma negativa, en su devenir, en su porvenir.

F: Fortalezas o puntos fuertes. Son capacidades, recursos y potencialidades propios de la organización, es decir, el conjunto de ventajas que pueden servir para la obtención de los fines. Son las potencialidades internas de la organización, de la institución, de la asociación.

O: Oportunidades: Es todo aquello que, desde el entorno, constituye una posible ventaja, presente y futura, para el grupo. Son elementos externos que, bien aprovechados por el colectivo o la entidad, pueden proporcionar beneficios.



Lo ideal es conseguir reducir el número de debilidades y amenazas, así como mantener y potenciar las fortalezas y oportunidades, objetivo último de esta técnica.

Son sus funciones principales:

- 1) Facilitar la recolección de datos situacionales de forma inmediata y directa;
- 2) Recoger propuestas y recomendaciones;
- 3) Ordenar por prioridades las percepciones y las recomendaciones;
- 4) Facilitar una visualización general y específica, interna y externa, positiva y negativa, del colectivo o entidad; y
- 5) Contribuir a la planificación participativa de una zona, de una empresa, de una entidad, de una asociación, de un colectivo.

Los objetivos principales en el uso del método DAFO son dos:

- 1) Detectar problemas y diagnosticar situaciones; y
- 2) Buscar soluciones y programar acciones.

Se trata, por tanto, de una técnica vinculada a la *planificación estratégica*, sobre todo dentro de las organizaciones (administraciones públicas, empresas, asociaciones).

Se fundamenta en una *matriz de valoración* respecto a situaciones, dificultades, necesidades, problemas, así como de potencialidades, posibilidades, recursos... Se ordena la información en un cuadrante sencillo en el que se reflejan las percepciones sobre debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades generales (de la estructura, del colectivo) y específicas (según aspectos o temas). No se trata de tomar alguna decisión, sino de evaluar los condicionantes y las condiciones en que se desenvuelve la comunidad, la organización, el colectivo.

En dicho cuadrante encontramos, por un lado, las *circunstancias internas*, propias del colectivo, presentes en el momento, y las *circunstancias externas*, que vienen del exterior del grupo, potenciales, futuras. Por otro lado, tenemos la *valoración positiva* (fortalezas, oportunidades) y la *valoración negativa* (debilidades, amenazas) de dichas circunstancias.

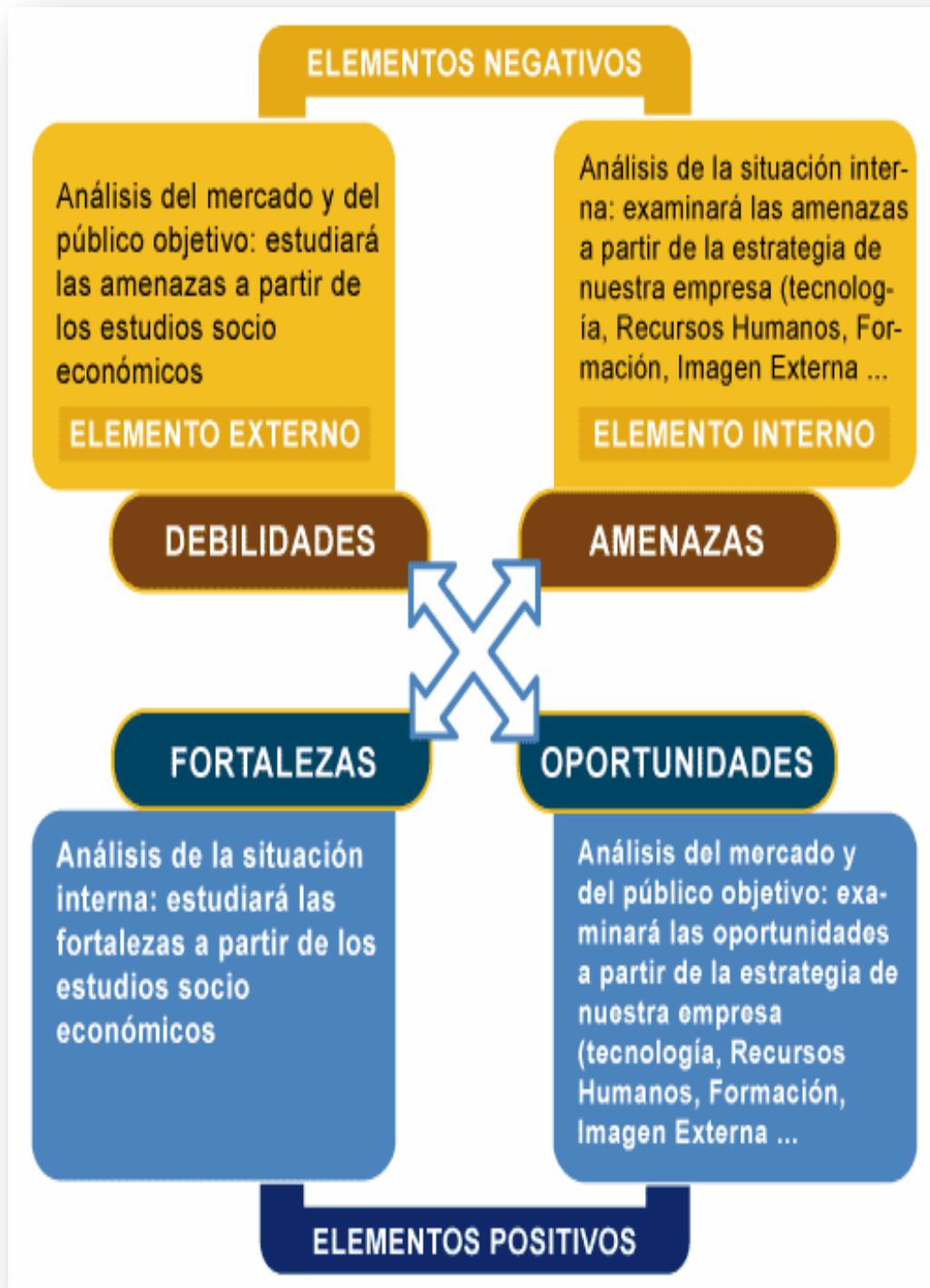


Imagen 1: Técnica DAFO

Utilizaremos esta técnica para valorar si es o no pertinente abordar este estudio de investigación:

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p style="text-align: center;"><u>DEBILIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No existen estudios que relacionen el estigma y la Terapia Ocupacional en España;</b></li> <li>• <b>Conocimientos básicos en relación a las metodologías y técnicas de investigación;</b></li> <li>• <b>Poca experiencia en el campo de la investigación;</b></li> <li>• <b>Dificultad en contactar con la muestra de estudio;</b></li> <li>• <b>Tiempo de dedicación exclusiva a la investigación, limitado;</b></li> <li>• <b>Formación y supervisión e-learning.</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>AMENAZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Falsedad en las respuestas de los participantes sometidos a estudio;</b></li> <li>• <b>Tiempo limitado para la realización de la investigación;</b></li> <li>• <b>Muestra limitada y poco representativa de la realidad en estudio;</b></li> <li>• <b>Transcripción errónea de los datos obtenidos.</b></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><u>FORTALEZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estudio novedoso en nuestro contexto profesional;</b></li> <li>• <b>Utilización de instrumentos de evaluación con validez internacional;</b></li> <li>• <b>Costos de investigación reducidos;</b></li> <li>• <b>Colaboración de la supervisora en la administración de los cuestionarios;</b></li> <li>• <b>Supervisión del estudio por profesionales reconocidos en el área profesional;</b></li> <li>• <b>Accesos a diferentes bases de datos científicas;</b></li> <li>• <b>Experiencia profesional en el campo de la Salud Mental aplicada a la Terapia Ocupacional.</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>OPORTUNIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Publicación de la investigación en ámbitos profesionales;</b></li> <li>• <b>Planificación de estrategias encaminadas al cambio de actitudes;</b></li> <li>• <b>Mejora de la calidad de vida para personas con enfermedad mental crónica;</b></li> <li>• <b>Sensibilización al resto de la sociedad sobre la situación real de las personas con enfermedad mental crónica;</b></li> <li>• <b>Incluir la Terapia Ocupacional en esta línea de investigación social aplicada.</b></li> </ul>

Cuadro 1: Aplicación de la Técnica DAFO al Proyecto de Investigación

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en el análisis DAFO de nuestro proyecto de investigación, así como las informaciones referidas en la justificación del estudio, concluimos diciendo que *existen más elementos positivos que podrán soportar el estudio* en comparación con los factores negativos también estudiados.

## PROCESO INVESTIGADOR Y RESULTADOS

### 2.A/ Marco de referencia ocupacional y fundamentos teóricos:

Todo trabajo de investigación deberá estar fundamentado teóricamente para dar fiabilidad a nuestro estudio. No haría sentido investigar sin relacionar otros documentos, artículos y estudios realizados por otros autores sobre el tema de investigación. Por eso, desde el inicio de nuestra profesión, la Terapia Ocupacional desarrolló conocimientos empíricos con el objetivo de dar cuerpo a esta disciplina socio-sanitaria. En este apartado, se realizará una contextualización breve de forma a orientarnos sobre el marco de referencia que podrá ser utilizado y adaptado a las características de este proyecto. Recordar que, como se dijo en el apartado anterior, no existen investigaciones que correlacionen la Terapia Ocupacional vs. estudiantes vs. estigma. Sin embargo, siendo este uno de los aspectos que justifica el presente trabajo, es siempre aliciente poder innovar. En nuestro caso, se pretende relacionar el estigma con los marcos de referencia. Veamos cómo:

Es bien sabido que los terapeutas ocupacionales generan conocimientos dirigidos a definir e identificar qué es la Terapia Ocupacional y a proporcionar a los terapeutas una manera singular de considerar su trabajo. Además, el conocimiento en nuestra profesión guía al terapeuta para conocer el modo de comprender los problemas de un paciente específico y qué hacer con éste. Dicho esto, tendremos que seleccionar la teoría que más se ajuste a nuestras necesidades investigadoras. Además, esta teoría nos permitirá guiarnos y dar referencias sobre cómo dirigir las estrategias necesarias para resolver una cuestión fundamental que limita considerablemente el proceso de "recovery" de nuestros usuarios, hablamos del "estigma en la Salud Mental".

Son varias las propuestas para organizar el conocimiento de Terapia Ocupacional. Así, de forma resumida tenemos:

	CIENCIA OCUPACIONAL	MOSEY	KIELHOFNER
Organización del conocimiento común a toda la profesión	<b>MODELO:</b> Investiga, descubre e identifica las ideas centrales y los límites conceptuales de la disciplina	<b>MODELO:</b> Describe la estructura y el contenido de la profesión. Se compone de: aspectos filosóficos, código ético, fundamentos teóricos, área de conocimiento, instrumentos propios y principios para organizar varios conceptos para la práctica	<b>PARADIGMA:</b> Es la cultura compartida por los profesionales. Guía el desarrollo de la teoría y la práctica. Se compone de: ideas centrales, punto de vista focal y valores.

**Cuadro 2. Organización del conocimiento común a toda la profesión**



	CIENCIA OCUPACIONAL	MOSEY	KIELHOFNER
Organización del conocimiento para la práctica	No supone estructura. La literatura existente sugiere que cada aplicación nueva generaría un marco conceptual único	<b>MARCOS DE REFERENCIA:</b> Son la aplicación de la teoría. Están compuestos por: Fundamentos teóricos; continuo entre función y disfunción; comportamientos indicadores de función y disfunción; y postulados referentes a la intervención y al cambio.	<b>MODELOS CONCEPTUALES PARA LA PRÁCTICA:</b> Articulan la teoría y guían sus aplicaciones en la práctica. Están compuestos por: bases conceptuales interdisciplinares; argumentos teóricos acerca de la función y de la disfunción; protocolos, instrumentos y métodos de tratamiento.

**Cuadro 3: Organización del conocimiento para la práctica**

Según *Kielhofner*, los fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional pueden considerarse como tres capas concéntricas del conocimiento:

1. Un centro o núcleo interno o paradigma;
2. Una banda circundante de los modelos conceptuales de la práctica; y
3. Una esfera externa del conocimiento relacionado.

El *paradigma*, según este autor, trata de modo más directo la identidad y la perspectiva de la disciplina. Deberá ser aceptada por la comunidad científica y deberá también asimilar anomalías, propiedad de la que proviene el desarrollo acumulativo de la ciencia. Por tanto, necesita explicar todos los hechos que pueden confrontarse con ella. Alrededor del paradigma, los diversos *modelos conceptuales de la práctica* articulan diversos conceptos que se están generando, comprobando y aplicando en la práctica. A través de estos modelos se desarrollan los conceptos teóricos del campo y se diseñan sus enfoques terapéuticos. Estos modelos articulan la teoría, que proporciona fundamentos teóricos y empíricos para la terapia y guía a los terapeutas ocupacionales en la práctica. El *conocimiento relacionado*, por su parte, no es exclusivo de la Terapia Ocupacional y consiste en una recolección de conceptos, hechos y técnicas de otros campos que se usan en la práctica de nuestra disciplina.

*Mosey*, por su parte, propone una organización del conocimiento distinta. Describe el modelo y los marcos de referencia (como se observa en el cuadro número 2 y 3). Para Mosey, el modelo de una profesión está inherentemente



ipee  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

implícito en su enfoque. Sirve para proporcionar unidad e identidad dentro de la profesión y define la relación de ésta con la sociedad. Puede incluir las creencias de una profesión, los supuestos filosóficos y los conocimientos.

La *Ciencia de la Ocupación*, por otro lado, plantea que la disciplina académica de la ciencia de la ocupación surge de los fundamentos, la ética y los supuestos de Terapia Ocupacional. Su retribución a la Terapia Ocupacional será el conocimiento que aportará a los profesionales para su práctica, haciendo así más efectivos sus enfoques terapéuticos.

Siguiendo nuevamente con los supuestos teóricos de Kielhofner, es necesario hacer una referencia a los "valores de la Terapia Ocupacional". De esta forma, nos acercaremos cada vez más al por qué de un u otro modelo para entender el estigma desde una perspectiva ocupacional. Este autor afirma, como se dijo anteriormente, que el paradigma estaba constituido por las ideas centrales, el punto de vista focal y los valores integrantes. En relación a este último punto diremos que la persona debe ser el punto central del proceso terapéutico. Esta práctica centrada en el cliente se orienta a una auto comprensión y toma de responsabilidad por parte de la persona que recibe el tratamiento, de manera que el profesional aporta conocimientos al usuario y lo acompaña en este proceso de elaboración su propia historia, existiendo desde el primer momento, una actitud de empatía que caracteriza esta relación.

Efectivamente y como tendremos la oportunidad de explicar en el punto siguiente, las personas estigmatizadas limitan su comportamiento social llevándoles a una baja participación en las diversas actividades de la vida diaria y, en muchos casos, limitando de forma importante, su desempeño en las diferentes áreas ocupacionales. El terapeuta ocupacional, en esta perspectiva descrita por Kielhofner, uno de los autores más conocidos y valorados dentro de la Terapia Ocupacional, tendrá el deber de "devolver" la identidad ocupacional perdida o dañada por preconcejos y conductas de rechazo hacia las personas con enfermedad mental. En este proyecto de investigación, se pretende descubrir hasta qué punto los estudiantes de Terapia Ocupacional integran valores discriminatorios hacia este colectivo. Sin lugar a dudas, el ejercicio profesional futuro de estos estudiantes podrá estar condicionado por la existencia o no de preconcejos que limiten el interés y las actitudes de y hacia la recuperación de las personas con enfermedad mental crónica.

No queriéndonos extender más sobre la organización del conocimiento en Terapia Ocupacional, Mosey continua diciendo que los marcos de referencia más utilizados en la profesión serían:

- Conductual;
- Biomecánico;
- Discapacidad cognitiva;
- Desarrollo;
- Neurodesarrollo;
- Integración sensorial;

- Modelo de ocupación humana;
- Rehabilitación;
- Psicodinámico;
- Adaptación espacio-temporal;
- Adaptación ocupacional.

Nos centraremos en el Modelo de Ocupación Humana, por considerar que sus constructos teóricos nos permiten aproximarnos al tema del estigma desde una perspectiva ocupacional.

Este Modelo surge en la década de 1980 por Gary Kielhofner, ocupándose de:

- La motivación por la ocupación;
- El patrón para la ocupación;
- La dimensión subjetiva del desempeño; y
- La influencia del ambiente en la ocupación.

Además, conceptualiza a los seres humanos formados por tres elementos:

1. Volición;
2. Habitación; y
3. Capacidad de desempeño.

La volición hace referencia al proceso mediante el cual las personas se motivan hacia algo y eligen aquello que hacen. Así mismo, la volición estaría formada por:

- La casualidad personal que consiste en un conjunto desplegado dinámico de pensamientos y sentimientos acerca de las capacidades y la eficacia propias influido por la conciencia permanente del desempeño personal y su consecuencia;
- Los valores, los cuales definen qué es lo que vale la pena hacer, cómo debe desempeñarse uno mismo y qué objetivos y aspiraciones merecen compromiso; y
- Los intereses, que hace referencia a lo que uno encuentra placentero o satisfactorio hacer.

La habitación organiza las actividades propias en patrones recurrentes que constituyen la mayor parte de las rutinas diarias. Estos patrones integran a las personas en los ritmos y las costumbres de los mundos físicos, social y temporal. Conecta a las personas con sus contextos social, físico y temporal conocidos y las torna funcionales dentro de ellos. Estos patrones de acción están regidos por los hábitos y los roles:

- Hábitos: Aquellas tendencias adquiridas para responder y desempeñarse de manera automática en determinadas formas sistemáticas en ambientes o situaciones familiares. Por eso, para que estos hábitos existan debemos repetir la acción lo suficiente como para establecer el patrón y se debe

presentar circunstancias ambientales constantes que soporten estas conductas.

- Roles: A través de la interacción con los demás, las personas también internalizan actitudes y formas de comportarse que pertenecen a un rol determinado. Por tanto, un rol actúa como marco para poner atención y desenvolverse en el mundo.

Por último, para finalizar el resumen de los aspectos teóricos más importantes de este modelo y que servirán para guiarnos en el análisis ocupacional del estigma, la capacidad de desempeño se define, según el autor, como la capacidad para hacer cosas proporcionada por el estado de componentes objetivos físicos y mentales y correspondientes a la experiencia subjetiva. El argumento principal es que para aprender cualquier desempeño, uno debe descubrir cómo se siente (es decir, ubicar la experiencia dentro del cuerpo vivido). En consecuencia, el cuerpo vivido es la experiencia de ser y de conocer el mundo a través de un cuerpo particular. Por lo tanto, el desempeño está guiado por el cómo se siente al participar en la ocupación.

Se introducirán otros conceptos a continuación, cuando se relacione este modelo con el tema del "estigma".

En este sentido, aunque tendremos oportunidad de analizarlo con más detalle en apartados posteriores, el estigma en salud mental se define como aquella marca o atributo que vincula a la persona con atributos indeseables. Indudablemente y en la mayoría de los casos, por tanto, no siempre, aparece un importante sufrimiento para aquellas personas que son albos de este proceso de estigmatización. Hablaremos de aquellas situaciones en las que el estigma sí influencia el funcionamiento ocupacional del individuo.

El Modelo de Ocupación Humana presenta algunos conceptos que podrán explicar hasta qué punto el estigma influye este comportamiento ocupacional. El elemento volitivo se verá francamente afectado en aquellos casos en el que el individuo es objeto de preconcepciones, mermando considerablemente su sentido de auto eficacia, impidiendo, por ejemplo, la participación plena y satisfactoria en todas las actividades de la vida diaria. Esta imposibilidad de desempeñarse, sin miedo al rechazo o a otras actitudes similares, podrán dar lugar a situaciones de evitación en diferentes contextos, por tanto:

- Si los valores se fundan en la comprensión del mundo con sentido común proporcionada por el contexto sociocultural y este propio contexto "separa" o intenta arrebatar de la "normalidad" a aquellos que son considerados "no normales", evidentemente que los valores desarrollados por estas persona podrán llegar a ser incluso contrarios al resto de la comunidad preconceptuosa, afectando enormemente a la autoestima por no obtener éxito en las ocupaciones. Este éxito no se refiere al producto final de la ocupación ejecutada, que podrá ser satisfactorio a la vista de cualquier persona, sino más bien, al proceso en sí de ejecución, ya que este envuelve competencias y patrones de desempeño que no son normalizados según aquellos que postulan preconcepciones.

- Si los intereses se desarrollan a través de la experimentación de placer, satisfacción en la participación ocupacional y por la experiencia positiva de esta participación, partimos del principio que el estigma limita la participación. Por tanto, si limita, nunca se podrán desarrollar intereses ocupacionales que posibiliten tal participación en contextos sociales, llevando muchas veces a desarrollar hábitos y roles que aumentan todavía más la diferencia, entrando en un círculo vicioso que se retroalimenta constantemente.
- La limitación en la participación restringe la capacidad de la persona estigmatizada de desarrollar su propia auto eficacia, como se mencionó anteriormente, por lo que la casualidad personal de estas no apoyará un desempeño adecuado de las diferentes formas ocupacionales.

Resumidamente, la volición de las personas que son objetos de estigmatización nunca se desarrolla para niveles que permitan una vida plena y satisfactoria. Y es interesante saber cómo el ambiente influye en todos estos conceptos. Es del ambiente que parte el preconceito y es este que limita considerablemente la volición de la persona, hasta niveles que le impiden disfrutar del mundo que le rodea.

También la habituación, siguiendo los conceptos de Kielhofner, se verá influenciado por el contexto estigmatizador. Tuvimos la oportunidad de hablar anteriormente que las personas con enfermedad mental crónica que están sometidas a preconceitos pueden desarrollar hábitos y roles que los aleja todavía más del contexto socio cultural en el que se encuentran, siendo esta una de las consecuencias y reacciones frente al estigma. Otras veces, ni llega a existir hábitos ni mismo roles definidos y satisfactorios, visto que la persona se siente desconectada de sus contextos físico, social y temporal conocido, sintiéndose disfuncional dentro de estos. Resultado: no existe regularidad, carácter y orden en lo que la persona hace, característica esencial para el desarrollo de cualquier hábito y rol. Al no existir hábitos definidos o siendo estos disfuncionales, la persona no tiene suficientes herramientas para lidiar con las contingencias del entorno. Porque sólo se consigue sobrevivir cuando existe orden y organización. Además, existe poca o inadecuada definición de los roles ocupacionales, precisamente porque no existe, en la mayoría de los casos, posibilidad de poderlos crear, simplemente porque no se dan las oportunidades para crearlos. Por otra parte, los roles no sólo determinan la actitud y las acciones propias sino que también influyen profundamente en la opinión respecto de quién es uno. Si existe una casualidad personal deficiente y con dificultad en desarrollar eficazmente la habituación (hábitos y roles) la persona tiene el riesgo de no saber quién es y lo que quiere ser. En definitiva, surgen padrones de desempeño poco estables.

Kielhofner diría que existe un gran impacto ambiental, es decir, este Modelo de Ocupación Humana conceptualiza el ambiente como el proveedor de oportunidades, recursos, demandas y limitaciones. El modo en que el ambiente afecta a cada persona depende de los valores, los intereses, la casualidad personal, los roles, los

hábitos y las capacidades de desempeño de esa persona. Si tenemos un ambiente social que menosprecia a las personas con enfermedad mental crónica, este ambiente no proporciona condiciones para desenvolver los aspectos anteriormente citados, habiendo por eso un gran impacto ambiental en la conceptualización del término estigma.

Para finalizar, comentar que no habrá una adecuada adaptación ocupacional en estas personas, es decir, no existen oportunidades para construir una identidad positiva, teniendo en cuenta todo lo dicho hasta ahora. Efectivamente, sin adaptación ocupacional, no hay identidad ni competencia ocupacional, puesto que estos últimos son el resultado de la suma del primero:

- La identidad ocupacional hace referencia al sentido compuesto de quién es uno y quién desea llegar a ser como ser ocupacional, lo cual se genera a partir de la historia de participación ocupacional propia. Sin historia satisfactoria previa, no se da la oportunidad de crear identidades. El estigma reduce la capacidad de exploración porque la impide. Y si la impide, no se crea identidad.
- La competencia ocupacional es el grado en el cual uno puede sostener un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional propia. Si la identidad es el aspecto subjetivo de la vida ocupacional y la competencia está relacionado con el desempeño en sí y si, como decíamos desde el principio, el ambiente reduce las oportunidades de exploración o bien la persona se inhibe de experimentar por causa del malestar derivado de conductas pre conceptuosas, no existe competencia que soporte una adaptación ajustada a las necesidades cotidianas.

Como hemos podido observar, los constructos elaborados por Kielhofner podrán ayudarnos a explicar cómo el estigma influye en la vida ocupacional de una persona con enfermedad mental crónica. Pensamos que esta reflexión y aplicación del Modelo de Ocupación Humana a este tema es de extrema importancia para comprender que determinadas conductas pueden reducir, de forma importante, la calidad de vida ocupacional de una persona y, sin lugar a dudas, su calidad de vida en general.

## 2.B/ **Antecedentes de la cuestión ocupacional**

Ya hemos referido reiteradas veces que no existe documentación relacionada con la Terapia Ocupacional vs. Estigma vs. Estudiantes. Sin embargo, sí que encontramos mucha bibliografía específica en relación al estigma en la Salud Mental y algunos estudios y artículos científicos contextualizándolo con los profesionales de la Salud Mental. Hablaremos sobre ello:

Este concepto deriva del latín Praejudicium: sentimiento de desprecio, desagrado, de miedo o aversión sin motivos suficientes, es decir, inmotivados que no se fundamenta en hechos objetivos. Así, la mayoría de los autores que escriben sobre el estigma hablan de los orígenes de este término, centrándolos en la Grecia antigua. Estigma era sinónimo de quemadura o de cicatriz hecha en el cuerpo, de



manera a denotar que su portador se trataba de un esclavo, criminoso o una persona marginal.

En los últimos años ha habido una producción importante relativa a este tema, recogiendo trabajos realizados por diferentes disciplinas sociales, fundamentalmente en el extranjero. La mayoría de esta producción proviene básicamente de tres grandes grupos de estudio: el liderado por Matthias Angermeyer en Alemania, vinculado a la Asociación Mundial de Psiquiatría; el organizado en torno a Patrick Corrigan (autor de la versión original de la escala que utilizaremos para nuestro estudio) y David Penn en los Estados Unidos, estos últimos relacionados con los programas de Rehabilitación Psicosocial, con una sólida base de Psicología Social, y finalmente, también en los Estados Unidos, el dirigido por Bruce Link y Jo Phelan, desde una perspectiva más sociológica. En nuestro país, destaca el Profesor Manuel Muñoz y un equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid, autor de varios artículos y estudios sobre el estigma en la población española.

Se hace necesario, en este momento, describir el término de "estigma". Utilizaremos la realizada Erving Goffman: "Atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las tornaba de categoría inferior.". De esta manera, aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo. Presentamos también algunos conceptos que serán utilizados en nuestra investigación y que tienen que ver con estigma:

- *Estereotipos*: Estructuras de conocimientos aprendidas socialmente que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas. En el caso concreto de la enfermedad mental, la investigación ha demostrado que los estereotipos más frecuentes se refieren a la *peligrosidad*, *responsabilidad* sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento, *incompetencia* para las tareas de la vida diaria y la *imprevisibilidad* de su carácter, reacciones y falta de control. De hecho, la escala que utilizaremos (AQ-27) es frecuentemente utilizada por los investigadores para medir estos y otros estereotipos.
- Estas creencias, cuando son activadas, pueden dar lugar a los *prejuicios* o actitudes que reflejan la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento y que conllevan, en el caso de la enfermedad mental, reacciones emocionales de miedo, temor, desconfianza, etc.
- Una consecuencia particularmente negativa del prejuicio es la *discriminación* por la cual individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos.

El cuadro que presentamos a continuación nos resumirá los tres componentes clásicos, tanto en los aspectos públicos (población general) como en los relativos a las personas estigmatizadas.

	Estigma Público	Auto-Estima
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)	Creencias negativas, sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera)	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza)
Discriminación	Comportamientos en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar)	Comportamientos en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento rechazo a buscar ayuda)

**Cuadro 4. Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el "estigma público" y el "auto-estigma" en personas con enfermedad mental.**

Relativamente al estigma relacionado con los profesionales de la Salud Mental, diremos que se realizaron algunas investigaciones interesantes, revelando datos sorprendentes:

Wahl (1999) señala que un 28% de los usuarios con enfermedad mental crónica, citan a los trabajadores de la Salud Mental como una fuente de estigmatización, en función de sus comentarios despectivos, consejos desalentadores y comportamientos de rechazo.

Una madre, presidente de una asociación de familiares y amigos de personas con enfermedad mental, en Colorado – Estados Unidos, dice en su artículo que los miembros de la asociación revelaban frecuentemente su resentimiento hacia los profesionales, porque se sentían ignorados por ellos, culpables y también porque ninguno daba consejos prácticos para manejarse con el familiar, tampoco informaban adecuada y suficientemente sobre su familiar durante las hospitalizaciones.

Además, algunos autores, como Sayce (1998) y Byrne (1997) afirman que la práctica clínica de muchos psiquiatras está afectada directamente por actitudes negativas y el estigma, aunque ellos no siempre lo perciban, pero que la marca de la vergüenza debería residir no en el usuario del servicio, sino en quienes se comportan injustamente con ellos (Byrne, 1999).



En la revisión de Bhugra (1989) sobre las actitudes de la población hacia las enfermedades mentales, cita una serie de investigaciones que muestran las actitudes hacia los psiquiatras y/o la psiquiatría. Algunos revelaban que los psiquiatras eran vistos como distantes, indiferentes, caros y que engendraban aún más miedo, ansiedad y hostilidad (Star, 1964), pero también que los psiquiatras aumentaban las expectativas de curación y eran vistos como ineficaces en proveer una red básica de salud (Shore, 1979).

Aunque, como estamos viendo, los datos pueden variar de unos estudios a otros, incluso pueden ser contradictorios, lo que está claro es que nos encontramos con un número importante de profesionales de Salud Mental, cuyo conocimiento sobre las "enfermedades" es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de "distancia social" hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas. Algunos estudios muestran, como por ejemplo, en el caso de los psiquiatras, siendo esta la clase socio-sanitaria más estudiada en torno al estigma, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia.

Jorm (1999) realizó un estudio en el que entrevistó a miembros del público australiano, médicos de familia, psiquiatras y psicólogos clínicos. Verificó que los psiquiatras, más una vez, eran los más pesimistas en relación a los resultados positivos, a largo plazo, de la esquizofrenia. Por el contrario, un estudio reciente realizado por la Escuela de Psiquiatría del Reino Unido mostró que estos médicos eran los más optimistas en relación a la recuperación de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, comparativamente con el resto de la población entrevistada. Como vemos, estudios contradictorios.

Otro estudio realizado por Lefley (1987) refiere que "el 90% de los profesionales de salud mental que tenían un familiar con una enfermedad mental habían oído a sus colegas hacer "señalamientos negativos o despreciativos" sobre pacientes: la mayoría de estos profesionales se mantuvieron callados y no revelaron la enfermedad de sus allegados" (Byrne, 2001).

En otro estudio se pudo comprobar que el 60% de psiquiatras y del personal de enfermería en Salud Mental entrevistados, habían experimentado situaciones de burla por trabajar con personas con enfermedades mentales y un tercio de los profesionales en global habían intentado ser persuadidos por sus familias para que se dedicaran a otra especialidad (Lai, Hong y Chee, 2000).

A pesar de la repercusión que tiene el estigma sobre las personas enfermas y sus familiares, se ha observado que son muy pocos los libros de texto o escasa la formación universitaria que se dedica a la estigmatización (Byrne, 2000). Este hecho es de gran relevancia puesto que supone que los profesionales llegan a la práctica con las preconcepciones características de su propia cultura, y establecen un doble rol respecto a las personas enfermas:



son estigmatizadores y des estigmatizadores a la vez, con las contradicciones que ello comporta.

Por otro lado, los profesionales de la Salud Mental también pueden ser considerados como víctimas del llamado estigma "asociativo". Es conocido el estatus que tiene la psiquiatría frente a otras especialidades; muchas veces considerada al margen de las ciencias médicas. En 1964, Myers encontró que los psiquiatras eran usualmente criticados y satirizados por los medios de comunicación y Jones (1978) afirmó que "los psiquiatras son vistos como los médicos brujos de los días modernos" (Metha y Faina, 1988).

Como vimos, este apartado pretendió contextualizar nuestro objeto de estudio, el estigma, para posteriormente poder relacionar en apartados posteriores estas investigaciones con los resultados de nuestra investigación.

## 2.C/ **Elaboración de hipótesis e identificación de variables**

En Estadística, la Hipótesis representa un elemento fundamental en el proceso de investigación. Después de formular un problema, el investigador enuncia la hipótesis, que orientará el proceso y permitirá llegar a conclusiones concretas del proyecto que comienza.

Las hipótesis son explicaciones tentativas de un fenómeno formuladas a manera de proposiciones. Son aquellas formulaciones que se apoyan en un sistema de conocimientos organizados y que establecen una relación entre dos o más variables para explicar y predecir, en la medida de lo posible, los fenómenos que le interesan.

Por tanto, las hipótesis elaboradas para este trabajo de investigación fueron:

- Las actitudes negativas de los estudiantes de Terapia Ocupacional disminuyen a medida que van adquiriendo conocimientos teóricos y prácticos relacionados con la Salud Mental y Psiquiatría;
- Los alumnos que no tuvieron contacto con personas diagnosticadas con una enfermedad mental crónica, bien sea de forma directa o indirecta tendrán más prejuicios que aquellas que sí tuvieron algún tipo de contacto.

Las variables en Estadística se refieren a cada una de las características o cualidades que poseen los individuos de una población. Se distinguen entre:

- Variables cualitativas: Se refieren a características o cualidades que no pueden ser medidas con números, pudiendo ser divididas en:
  - Variable cualitativa nominal: aquellas que presentan modalidades no numéricas y que no admiten un criterio de orden;

- Variables cualitativas ordinales o cuasi cuantitativas: aquellas que presentan modalidades no numéricas, en las que sí que existe un orden.
- Variables cuantitativas: son aquellas que se expresan mediante un número, por tanto, se pueden realizar operaciones aritméticas, pudiendo ser divididas en:
  - Variables discretas: se refieren a aquellas que toman valores aislados, es decir, no admiten valores intermedios entre dos valores específicos;
  - Variables continuas: aquellas que pueden tomar valores comprendidos entre dos números.

Algunas de las variables que serán utilizadas en la investigación serán transformadas en variables cuantitativas a través del programa informático estadístico del SPSS, atribuyéndose un valor numérico determinado, de forma a poder utilizar a metodología cuantitativa. Trabajaremos con *variables cuantitativas discretas*. Son estas:

1. Edad;
2. Sexo;
3. Curso académico;
4. Si tienen cursado teoría en TO aplicada a la Salud Mental;
5. Si han realizado prácticas técnicas en alguna Institución de Salud Mental;
6. Grado de experiencia con personas diagnosticadas con enfermedad mental crónica;
7. Ítems valorados por la escala que se utilizará en el estudio (AQ-27): Responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación.

## 2.D/ Conclusiones investigadoras

Después de haber tratado los datos estadísticamente, a través del programa SPSS V.16 (será descrito en el apartado posterior), las principales conclusiones obtenidas fueron las siguientes:

1. Existe una muestra bastante reducida del universo que se quería estudiar, N= 28 casos, de entre todos los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha, por lo que priva al estudio de "validez externa". También se hablará de esta situación en el apartado posterior. Se recomienda leer el Protocolo de Investigación (en anexo) para entender las variables que son utilizadas en este estudio. En relación al análisis descriptivo de las diferentes variables, obtenemos los siguientes resultados:

### Sexo del Encuestado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	8	21,1	21,1	21,1
	Mujer	30	78,9	78,9	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**Cuadro 5. Sexo de los encuestados**

### Curso Académico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primer Año	20	52,6	52,6	52,6
	Segundo Año	11	28,9	28,9	81,6
	Tercer Año	7	18,4	18,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**Cuadro 6. Curso académico**

### Formación Teórica sobre Psiquiatría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	18	47,4	47,4	47,4
	No	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**Cuadro 7. Formación teórica sobre Psiquiatría**

### Prácticas en TO Psiquiatría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	37	97,4	97,4	97,4
	No contesta	1	2,6	2,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**Cuadro 8. Prácticas en TO Psiquiatría**

### Grado de Experiencia con Personas con una Enfermedad Mental Crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna	3	7,9	7,9	7,9
	Sólo por información obtenida por los medios de comunicación	9	23,7	23,7	31,6
	Por haber leído información en libros especializados	6	15,8	15,8	47,4
	Participación en cursos teóricos/prácticos sobre Salud Mental	5	13,2	13,2	60,5



	Prácticas clínicas en Salud Mental	2	5,3	5,3	65,8
	Amistad con una persona con enfermedad mental crónica	1	2,6	2,6	68,4
	Convivencia con un familiar con enfermedad mental crónica	3	7,9	7,9	76,3
	Varias respuestas: contacto indirecto con personas con una enfermedad mental crónica	5	13,2	13,2	89,5
	Varias respuestas: contacto indirecto y directo con personas con una enfermedad mental crónica	4	10,5	10,5	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

**Cuadro 8. Grado de experiencia con personas con enfermedad mental crónica I**



De forma a facilitar el estudio estadístico y permitir la inclusión de más un objetivo de investigación, se re codificarán estas variables en dos únicos grupos: Sin experiencia y con experiencia (de varios tipos). Por tanto, el resumen de los datos podrá ser el siguiente:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válidos</b>	Sin experiencia con personas con una enfermedad mental crónica	18	47,4	47,4	47,4
	Con experiencia (de varios tipos) con personas con una enfermedad mental crónica	20	52,6	52,6	100
	Total	38	100	100	

**Cuadro 9. Grado de experiencia con personas con enfermedad mental crónica II**

### **Estereotipos**

	Recuento	Media	Desviación típica	Varianza
Responsabilidad	38	10,50	3,28	10,74
Piedad	38	16,61	3,33	11,06
Ira	38	9,32	4,38	19,19
Peligrosidad	38	12,82	5,06	25,56
Miedo	38	10,00	5,13	26,32
Ayuda	38	24,32	2,14	4,60
Coacción	38	18,74	4,49	20,20
Segregación	38	11,00	5,60	31,41
Evitación	38	18,50	5,76	33,23

**Cuadro 10. Estereotipos I**

	Recuento	Mediana	Moda	Percentil 25	Percentil 75
Responsabilidad	38	11,00	11,00	8,00	12,00
Piedad	38	16,00	16,00	14,00	19,00
Ira	38	10,00	10,00	5,00	13,00
Peligrosidad	38	12,50	9,00	9,00	17,00
Miedo	38	10,00	3,00	5,00	14,00
Ayuda	38	25,00	25,00	23,00	26,00
Coacción	38	18,00	18,00	16,00	22,00
Segregación	38	9,50	6,00	6,00	16,00
Evitación	38	18,00	16,00	15,00	23,00

**Cuadro 11. Estereotipos II**

### Relaciones bivariantes entre los estereotipos y otras variables

#### Estereotipos por Sexo

	Sexo del encuestado			
	Hombre		Mujer	
	Recuento	Media	Recuento	Media
Responsabilidad	8	11,25	30	10,30
Piedad	8	16,88	30	16,53
Ira	8	10,63	30	8,97
Peligrosidad	8	12,75	30	12,83
Miedo	8	10,63	30	9,83
Ayuda	8	23,75	30	24,47
Coacción	8	18,50	30	18,80
Segregación	8	11,13	30	10,97
Evitación	8	19,50	30	18,23

**Cuadro 12. Estereotipos por sexo del encuestado**

*Ninguna diferencia es estadísticamente significativa*

#### Estereotipos por formación teórica

La diferencia en *evitación* es estadísticamente significativa, con  $p < 0,05$ . Los alumnos que han cursado la asignatura de *psiquiatría* tienen una puntuación en *evitación* significativamente más alta que los que no la cursaron, pero como indica la escala AQ-27, la puntuación en evitación debe invertirse, lo que quiere decir que, los alumnos que cursaron la asignatura de *psiquiatría* tienen menos conductas de *evitación*, que aquellos que todavía no la cursaron

	Cursó la asignatura de psiquiatría			
	Sí		No	
	Recuento	Media	Recuento	Media
Responsabilidad	18	11,28	20	9,80
Piedad	18	16,50	20	16,70
Ira	18	8,00	20	10,50
Peligrosidad	18	12,00	20	13,55

Miedo	18	9,06	20	10,85
Ayuda	18	24,39	20	24,25
Coacción	18	18,78	20	18,70
Segregación	18	10,11	20	11,80
<b>Evitación</b>	18	21,00	20	16,25

**Cuadro 13. Estereotipos por formación teórica del encuestado**

Por tanto, los alumnos que cursaron la asignatura de psiquiatría tienen menos conductas de evitación, que aquellos que todavía no la cursaron.

#### Estereotipos por experiencia

	Experiencia			
	Sin experiencia		Algún tipo de experiencia	
	Recuento	Media	Recuento	Media
Responsabilidad	18	9,94	20	11,00
Piedad	18	16,56	20	16,65
Ira	18	9,78	20	8,90
Peligrosidad	18	13,56	20	12,15
Miedo	18	10,61	20	9,45
Ayuda	18	23,78	20	24,80
Coacción	18	19,11	20	18,40
Segregación	18	11,50	20	10,55
<b>Evitación</b>	18	16,61	20	20,20

**Cuadro 14. Estereotipos por experiencia del encuestado**

Ninguna diferencia es estadísticamente significativa. No obstante, **la diferencia en evitación es relevante, con mayor puntuación en los alumnos que tuvieron algún tipo de experiencia.** El valor de  $p$  (prueba no paramétrica U de Mann-Whitney) es 0,082. Como se dice anteriormente, en el protocolo de utilización de la escala AQ-27, indica que los valores en el ítem de evitación deben invertirse, llegando a la conclusión que: **Los alumnos que tuvieron algún tipo de experiencia con personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental crónica tienen menos actitudes de evitación que aquellos que no la tuvieron.**

La prueba paramétrica U de Mann-Whitney es la prueba de contraste de hipótesis apropiada para ver si las puntuaciones difieren entre los grupos. Hay que usar una prueba no paramétrica porque la variable continua que se estudia (puntuación) no sigue una distribución normal y además el tamaño muestral es pequeño.

**En la investigación se observan con mayores puntuaciones en evitación, pero no se observan diferencias respecto a los otros estereotipos.**

## METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

### 3.A/ Diseños de técnicas de recolección de información

Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información. Por ejemplo:

- Técnicas: La observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevistas o cuestionario), el análisis documental, análisis de contenido, etc.
- Instrumentos: Son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Ejemplo: fichas, formatos de cuestionarios, guías de entrevista, grabadores, escalas de actitudes u opinión (tipo Likert), etc.

Básicamente se pueden recoger dos tipos de información: la *primera* (información obtenida mediante investigación directa) y la *secundaria* (información recogida de estadísticas y documentos ya publicados, de información bibliográfica, etc).

Respecto de los instrumentos que se van a utilizar para recoger la información, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El tipo de instrumentos seleccionados y justificación de su elección;
- Los principales temas que se van a incluir en el instrumento;
- El proceso que se va a seguir para la elaboración del instrumento (en el caso de no estar construido);
- El proceso que se va a seguir para probar o validar el instrumento de investigación (en el caso de no estar validado).

Este proceso de obtención de información es la etapa más importante del proceso de la investigación científica, ya que es el fundamento para la definición del problema, planteamiento y la comprobación de las hipótesis, elaboración del marco teórico y del informe de resultados.

En relación a la técnica utilizada más concretamente en nuestro trabajo de investigación y por las características metodológicas de la misma, así como por los condicionantes relativos por las características de este Máster, decidimos utilizar un *cuestionario*, validado para la población española, el "*Cuestionario de Atribución AQ-27*", que explicaremos a continuación.

¿Por qué son importantes los cuestionarios, de una forma general?: Le Play, pionero de la utilización del método cuantitativo y, más concreto, de la encuesta estadística, tomando como referencia las teorías estadísticas de Quetelet, estudió

los efectos de la industrialización sobre los obreros. Para ello, consideró que o era suficiente observar las condiciones de vida de este sector de la población, sino que había que establecer una unidad de medida (en su caso fue “la familia” como unidad social básica) y un método que midiera (cuantificara) los diferentes elementos de esa unidad (el presupuesto familiar como expresión numérica de la calidad de vida). El esfuerzo de este autor estaba destinado a intentar mostrar “la relación numérica que existía entre la pobreza, la miseria y la depravación, y los ingresos periódicos y el relativo desahogo de una familia, descubriendo las condiciones generales bajo las cuales vive cada una de esas clases”.

García Ferrando (1994) define la encuesta como “una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población”. En esta definición existen algunos términos que son precisos de definir, tal como:

- MUESTRA: Conjunto de individuos, estadísticamente representativos del universo poblacional que se quiere estudiar. Esta representatividad depende los posibles errores del muestreo (fundamentalmente del tamaño de la muestra y las formas de obtención de las unidades muestrales). El cuestionario se aplica tantas veces como unidades contenga la muestra;
- PROCEDIMIENTOS ESTANDARZIADOS DE INTERROGACIÓN: Conjunto de preguntas y respuestas –ítems- que contiene un cuestionario, siendo este el soporte material a través del cual se aplica la encuesta;
- MEDICIONES CUANTITATIVAS: La finalidad última de una investigación mediante encuesta es la de medir la realidad social, es decir, cuantificar diferentes aspectos de los fenómenos sociales;
- CARACTERÍSTICAS OBJETIVAS Y SUBJETIVAS DE LA POBLACIÓN: Son los objetivos que puede abarcar una encuesta. Este autor diferencia entre características objetivas, que hacen referencia a los “hechos” y a las características subjetivas, haciendo referencia en este caso a las “opiniones y actitudes” de los individuos. En este último caso, debemos señalar algunas limitaciones presentadas por las encuestas estadísticas:
  - El cuestionario al ser estandarizado recoge una serie de preguntas y respuestas fijas, que limitan las posibilidades de elección del entrevistador: éste no puede formular ni nuevas preguntas, ni, en la mayor parte de los casos, nuevas respuestas;
  - Las preguntas cerradas obligan a elegir entre un número reducido de posibilidades, que con frecuencia, no son más que estereotipos o tópicos que no se acercan a la verdadera realidad y complejidad del problema;

- En muchas ocasiones, los entrevistados responder "subjetivamente" eligiendo respuestas que no se corresponden con su verdadera opinión, sustituyendo "lo que es" por "lo que quisieron que fuera", adhiriéndose a los tópicos sociales, recordando idealizadamente o con pudor, etc.;
- El análisis de las respuestas obtenidas mediante cuestionario está limitado por la ausencia de un marco discursivo más amplio, a partir del cual poder contextualizar y comprender las opiniones y actitudes de los individuos.

El "Cuestionario de Atribución AQ-27" responde a todas las características mencionadas anteriormente. Se trata de una *encuesta personal*, es decir, se realiza en forma de entrevista o de encuentro cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado. El primero formula y anota las respuestas y el segundo se limita a responder. Este tipo de encuestas es la más utilizada en la investigación social, pues consigue el mayor porcentaje de respuestas, al permitir el control directo de la información por parte del entrevistador. Sin embargo, presenta sus ventajas e inconvenientes que resumiremos a continuación:

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
ENCUESTA PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la que más se adecua a la disponibilidad/tiempo del entrevistado;</li> <li>• Obtiene la tasa de respuestas más elevadas;</li> <li>• Incluye a personas con dificultades para rellenar por sí mismas un cuestionario;</li> <li>• Es posible clarificar las respuestas en el momento;</li> <li>• Elimina errores de respuesta;</li> <li>• Posibilidad de convencer al entrevistado para continuar;</li> <li>• Recoge respuestas espontáneas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es la más costosa en términos económicos;</li> <li>• Necesita más tiempo que la encuesta telefónica;</li> <li>• Posibles interferencias y/o sesgos del entrevistador;</li> <li>• Dificultad para acceder a determinadas personas (tiempo, ocupación, acceso a sus casas o lugares de trabajo, etc.)</li> </ul>

**Cuadro 15. Ventajas e inconvenientes de la encuesta personal**

Las principales características de nuestro cuestionario son las siguientes:

Nombre: Cuestionario de Atribución 27 (AQ27)

Nombre original: Attribution Questionnaire 27 (AQ27)





ipee  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

Autores: Corrigan et al.

Adaptación española: Existe una traducción al español

## DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento: cuestionario constituido por una Escala tipo Likert, es decir, presenta un nivel de medida ordinal, por tanto, los sujetos son ordenados a partir de su posición favorable o desfavorable hacia una actitud concreta.

Objetivos: Evaluar el estigma hacia las personas con una enfermedad mental.

Población: adolescentes y adultos

Número de ítems: 27

Descripción: Recoge aspectos de responsabilidad, culpa, enfado, peligro, miedo, ayuda, coerción, evitación de las personas con una enfermedad mental. Los 27 ítems de los que consta se evalúan en un formato tipo Likert de 9 puntos, de No en absoluto, a Mucho.

Criterios de calidad:

Validez: Se compone de los siguientes factores: responsabilidad, culpa, enfado, peligro, miedo, ayuda, coerción, evitación

## APLICACIÓN

Tiempo de administración: 10-20 minutos

Normas de aplicación: La persona evaluada recibe las 27 preguntas y debe señalar con un círculo la respuesta que mejor refleje su opinión sobre cada una de las frases.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencia original:

Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. y Kubiak, M.A. (2003). Attribution and Dangerousness Models of Public Discrimination Towards People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.

En resumen, utilizamos la *metodología cuantitativa* siendo descrito como un *estudio no experimental descriptivo y explicativo*, pues se estudia el fenómeno tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

### 3.B/ Población y muestra

Tanto en las ciencias exactas como en las sociales, la mayoría del conocimiento existente se debe a experiencias basadas en inferencias a partir de la observación y del análisis de un número limitado de eventos. De la calidad y representatividad

que ese número limitado de eventos (muestra) tenga, dependerá la bondad o el defecto (la precisión o el error) del conocimiento generado.

Un muestreo es un proceso por medio del cual se seleccionan probabilísticamente elementos de un universo con la finalidad de estimar, con un determinado grado de precisión, algunas características del universo en su totalidad. Si cumplimos unas reglas en el proceso de selección, podemos a partir de sólo unos cuantos elementos del universo, conocer las características generales, sin tener que consultar a toda la población. La lógica del muestreo consiste en estimar parámetros del universo, a partir de estadísticas obtenidas en una muestra, aun cuando nunca se pueda afirmar con absoluta seguridad cuáles son esos parámetros. Esto que aparentemente es un problema, realmente no lo es, ya que en la práctica, lo importante es asegurar que el parámetro se encuentre dentro de cierto rango; esto le permite a la denominada teoría de la estimación, que identifique la precisión de las estimaciones, es decir, identifica la probabilidad de que el valor real del parámetro se encuentre dentro de unos límites específicos.

**POBLACIÓN:** Es un conjunto de elementos que poseen una característica. En el proceso investigativo, la población corresponde al conjunto de referencia sobre el cual se va a desarrollar la investigación o estudio.

**MUESTRA:** Es un subconjunto de la población. Una muestra representativa es una muestra que recoge todas las características relevantes de la población.

En nuestro caso concreto:



Imagen 2: Población y Muestra de nuestra investigación

### 3.C/ Técnicas de análisis

La metodología de investigación utilizada en este trabajo es la *cuantitativa*, una metodología que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística. Para que esta metodología pueda existir, se requiere que haya claridad entre los elementos del problema de investigación, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente dónde se inicia el problema, en qué dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos. Sin entrar en grandes detalles, existen una serie de características importantes que se deben tener en consideración cuando hablamos de esta metodología:

- Está basada en la inducción probabilística del positivismo lógico;
- Realiza mediciones penetrantes y controladas;
- Es altamente objetiva;
- Realiza inferencias más allá de los datos;
- Confirmativa, inferencial y deductiva;
- Orientada al resultado;
- Generalizable; y
- Particularista.

En resumen, la metodología cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.

Por tanto, una vez terminado el trabajo de campo comienza la labor de cierre y codificación de las preguntas, creación del fichero de datos, depuración de la información y análisis de los datos.

La inserción de las respuestas en ficheros de datos actualmente se realiza, de forma generalizada, mediante procedimientos informatizados. Programas estadísticos como el SPSS para Windows, que fue utilizado en esta investigación, está indicado para los estudios en investigación social. Este programa, Statical Package for the Social Science, "Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales", opera básicamente con un fichero o matriz de datos (fichero.dat) y un fichero de instrucciones (fichero.log) en el que se definen cada variable y se seleccionan los comandos encargados de ejecutar los análisis y operaciones que se deseen realizar. Aunque el contenido de este programa es muy amplio, queremos exponer aquí, de forma esquemática, las principales características y análisis que realiza:

- Estadística descriptiva y análisis de frecuencias;
- Tablas de contingencias;
- Correlaciones y regresiones;
- Análisis de varianza;
- Análisis discriminante;
- Análisis factoriales;
- Análisis de correlaciones canónicas;

- Análisis de cluster y Quick cluster.

Cuando ya se tiene el fichero de datos hay que diseñar el Plano de Análisis, que consiste en decidir cómo se va a elaborar la información o, más en concreto, qué tipo de análisis se va a realizar. Los principales análisis estadísticos son los análisis univariados, los bivariados y los multivariados. Cada uno de ellos contiene diferentes procedimientos analíticos. A continuación señalamos los más importantes:

- **ANÁLISIS UNIVARIABLES**

- Frecuencias;
- Medidas de tendencia central;
- Variaciones o dispersiones;
- Asimetrías y curtosis;
- Tests estadísticos no paramétricos y paramétricos.

- **ANÁLISIS BIVARIABLES**

- Tablas y coeficientes de contingencia;
- Correlaciones entre rangos de Spearman;
- Correlación lineal;
- Análisis de varianza y covarianza;
- Análisis de regresión simple.

- **ANÁLISIS MULTIVARIABLES**

- Regresión y correlación múltiple;
- Análisis factorial;
- Análisis factorial de correspondencias;
- Análisis discriminante;
- Análisis de conglomerados;
- Análisis de segmentación.

En este estudio de investigación, como tuvimos la oportunidad de ver en el apartado 2.D, "Conclusiones Investigadoras", fue utilizado el análisis univariados y bivariados, con el objetivo de obtener resultados que nos ayuden a validar o no nuestras hipótesis de trabajo. En el artículo de investigación nos detendremos con más detalle en estos aspectos.



### 3.D/ Guía del trabajo de campo

Los diarios de campo son elementos importantes para cualquier proceso de investigación. Son herramientas necesarias para sistematizar las experiencias y resumir todo las fases de la investigación. Este ejercicio requiere rigurosidad por parte del ejecutor.

Hacer diarios permite concebir procesos y etapas en el tiempo, por eso los registros en el diario deben hacerse de forma organizada, a través de una serie de fases sucesivas. Este proceso ayuda a organizar y establecer las tareas que se deben realizar en cada uno de los momentos.

Se describirán a continuación algunas de las actividades realizadas durante estos meses:

**ACTIVIDAD 1:** Elección del tema sometido a estudio.

FECHA: Mes de Febrero.

LUGAR: Domicilios de los estudiantes del Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental de la Universidad de Castilla La Mancha en el CEU de Talavera de la Reina.

PROPÓSITO: El principio de la ejecución de este proyecto ha estado condicionado por la elección del tema a tratar: "Modelo Kawa" o "Percepción del Estigma de los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha en relación a la Enfermedad Mental Crónica". Fue recomendado realizar el estudio en este último tema.

**ACTIVIDAD 2:** Revisión de la literatura: Estigma vs. Terapia Ocupacional.

FECHA: A lo largo de todos los meses de Marzo, Abril y Mayo.

LUGAR: En bibliotecas de las Universidades de Castilla la Mancha, Universidad Católica de Oporto y otros recursos bibliográficos específicos y relacionados con el objetivo de estudio.

PROPÓSITO: Encontrar información sobre el estigma en salud mental. No se encontraron artículos referentes al estigma en la salud mental asociado a la Terapia Ocupacional, por lo que fue necesario buscar información en otros campos de práctica profesional (Psicología, Medicina y Enfermería) y adaptarlo a nuestra realidad y objetivo de estudio.

**ACTIVIDAD 3:** Realización del Protocolo (consentimiento informado y entrevista) y pre-proyecto de Investigación.

FECHA: Durante la 2ª, 3ª semana del mes de Abril y 1ª semana del mes de Marzo.

LUGAR: Domicilio de los estudiantes.

PROPÓSITO: Elaboración del Protocolo, del Pre-Proyecto de Investigación. Estaba decidido realizar un estudio cualitativo. Durante este periodo nuestra tutora inicial del Proyecto, Prof. Polonio Begoña remitió esta tutorización a la Prof. Dulce Romero. Por diversos motivos (dificultad en contactar con los alumnos) el estudio pasó a tener una metodología cuantitativa, teniendo que realizar la búsqueda de una escala adecuada para el objetivo inicial propuesto.



ipee  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

**ACTIVIDAD 4:** Revisión de Pre-Proyecto, ahora con la metodología cuantitativa por parte de la Prof. Dulce Ayuso. En esta fase, el Protocolo de Investigación estaba reformulado y consistía en el Consentimiento Informado y un Cuestionario con respuestas tipo Likert.

FECHA: 3ª - 4ª semana de Marzo y 1ª semana de Abril.

LUGAR: Universidad de Castilla La Mancha en el CEU de Talavera de la Reina.

PROPÓSITO: Cuando estaba establecido el contacto con la profesora Dulce Romero, como ya se mencionó anteriormente, fue necesario volver a repetir todo el procedimiento anterior de elaboración y revisión del Protocolo, adaptándolo a la metodología cuantitativa para de esta forma hacer más factible nuestro estudio. Fue contactado el Prof. Corrigan, autor del Cuestionario, para esclarecer algunas dudas relativas a la utilización del mismo. Se confirmó la validez de este cuestionario con otros profesionales españoles, concretamente con el Prof. Manuel Muñoz, de la Universidad Complutense de Madrid, recomendándonos artículos y links específicos en el estudio del estigma. Los principios éticos/legales de protección de los datos de los alumnos, por parte de la Universidad de Castilla la Mancha, condicionó este cambio en la metodología de estudio. El objetivo inicial era enviar las entrevistas por e-mail a todos los alumnos.

**ACTIVIDAD 5:** Contacto con los estudiantes de Terapia Ocupacional en la Universidad de Castilla la Mancha, por parte de la Prof. Dulce Romero, con el objetivo de continuar a pasar los Protocolos de Investigación.

FECHA: 4ª semana de Abril, 1ª e 2ª semana de Mayo.

LUGAR: Universidad de Castilla La Mancha en el CEU de Talavera de La Reina.

PROPÓSITO: Siendo que los principios éticos/legales de la privacidad de los datos personales de los alumnos impedían acceder a estos datos, la Prof. Dulce Romero facilitó el proceso, pasando los Protocolos a aquellos estudiantes que se encontraban en la Universidad, evitando así los problemas anteriormente mencionados.

**ACTIVIDAD 6:** Envío y recepción de las entrevistas a los estudiantes investigadores.

FECHA: 2ª semana de mayo.

LUGAR: Domicilios de los estudiantes investigadores del Máster.

PROPÓSITO: Los Protocolos de Investigación fueron remitidos por correo postal a uno de los estudiantes.

**ACTIVIDAD 7:** Selección de las entrevistas realizadas por los alumnos de Terapia Ocupacional del CEU de Talavera de la Reina.

FECHA: 2ª semana de mayo.

LUGAR: Domicilio de uno de los estudiantes investigadores.

PROPÓSITO: Los cuestionarios sometidos a estudio se eligieron teniendo en cuenta los siguientes requisitos: Que las entrevistas estuvieran completas y con el





Consentimiento Informado debidamente firmado e identificado por parte de los estudiantes del CEU de Talavera de la Diplomatura de Terapia Ocupacional. Se tuvo que elegir un método de selección de encuestas del primer curso, debido a la existencia de un gran número en la muestra (una de cada tres encuestas eran seleccionadas).

ACTIVIDAD 8: Procesamiento de los datos obtenidos.

FECHA: 3ª y 4ª semana de mayo.

LUGAR: Domicilio de los realizadores del proyecto.

PROPÓSITO: Con estos datos comenzó su procesamiento con ayuda del profesor Antonio Segura, utilizando el Programa Estadístico SPSS.

ACTIVIDAD 9: Elaboración del proyecto.

FECHA: 4ª semana de mayo y 1ª semana de junio.

LUGAR: Domicilio de los realizadores del proyecto.

PROPÓSITO: Elaboración del Estudio, siguiendo las fases descritas en la Guía de Elaboración del Proyecto de Investigación, teniendo en cuenta los datos obtenidos en las encuestas.

ACTIVIDAD 10: Realización del artículo, póster y tríptico informativo.

FECHA: 1ª y 2ª semana de junio.

LUGAR: Domicilio de los realizadores del proyecto.

PROPÓSITO: Realización de estos documentos basándonos en los resultados obtenidos en el Estudio realizado y proceder a la difusión del mismo en los medios informativos y académicos que se creen oportunos.

## **COMPONENTES ADMINISTRATIVOS**

Para la realización de este proyecto es necesario contar con recursos diversos que nos ofrezcan una cierta garantía de que podrá llevarse a cabo. Por eso es necesario hacer una clasificación de diferentes recursos; entre ellos los recursos humanos, recursos materiales y recursos económicos.

### **4.A/ Recursos Humanos**

Los recursos humanos consisten en describir la calidad y la cantidad de las personas que son necesarias para la ejecución de las actividades que contempla el proyecto. Es necesario señalar las responsabilidades específicas que ellas asumen en su implementación y ejecución.



Para alcanzar esto, es necesario realizar una buena selección, formación, motivación, negociación, participación, coordinación e integración entre los implicados dentro del diseño del proyecto. Por ello son recomendables los "procesos de selección de personal", que son aquellos en los que se deciden si se escogerán o no a los candidatos encontrados en la búsqueda realizada previamente. Esta selección tiene distintos pasos:

- Determinar si el candidato cumple con las características predeterminadas para el estudio. Para ello se ha tenido en cuenta que la entrevista estuviera rellena correctamente. Y que estuviera firmada la autorización de consentimiento informado por parte de los estudiantes;
- Asignar unas pautas de selección para elegir unas entrevistas y no otras. En este caso ha sido elegir una entrevista de cada tres, dentro del caso de primero de Terapia Ocupacional y todas las entrevistas de segundo y tercero, debido a su escasa cantidad.

Una vez realizado dicho proceso de selección, el estudio queda planteado de la forma expuesta a continuación, siendo necesario diferenciar dos grupos diferentes dentro de los recursos humanos utilizados en este proyecto.

Por una parte se encuentran las personas sometidas a estudio que son las siguientes:

- Estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha que aún no tuvieron la asignatura de Psiquiatría. Dentro de este grupo han sido entrevistados 20 estudiantes de un total de 260 estudiantes matriculados.

- Estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla la Mancha que tuvieron la asignatura de Psiquiatría. Dentro de este grupo han sido entrevistados 18 estudiantes de un total de 260 estudiantes matriculados.

Podemos decir que, de forma resumida, el número de estudiantes entrevistados fueron los siguientes:

- 20 estudiantes de 1º de T.O. de un total de clase de 73 alumnos matriculados en este curso;
- 11 estudiantes de 2º de T.O. de un total de clase de 75 alumnos matriculados en este año;
- 7 estudiantes de 3º de T.O. de un total de clase de 112 alumnos matriculados en este curso.

Teniendo en cuenta estos datos, es el momento de aclarar que no se han podido obtener números equitativos en todos estos grupos para alcanzar así una mayor fiabilidad a nuestro estudio de investigación, debido una serie de circunstancias que enumeramos a continuación:

- Cambios en la monitorización y tutorización del trabajo de investigación, pasando de la Prof. Begoña Polonio a la Prof. Dulce Romero;
- Modificación en la metodología a utilizar en el trabajo de investigación; y
- Dificultad que existió para recoger respuestas de los alumnos en los cursos de 2º y 3º de Terapia Ocupacional, una vez que en el período estipulado para realizar este estudio, estos alumnos estaban en período de prácticas

clínicas, siendo difícil contactar con ellos. El envío por vía e-mail del Protocolo de Investigación (consentimiento informado y encuesta) a los estudiantes de estos cursos fue imposible debido a aspectos éticos que debían ser respetados (protección de los datos personales por parte de la Universidad de Castilla la Mancha).

En relación a los recursos humanos, nos referimos a personas que han elaborado este estudio y a personas que han colaborado en este proceso. Así tenemos:

- Estudiantes del Máster en Terapia Ocupacional de la Universidad de Castilla La Mancha del CEU de Talavera de la Reina (Toledo); Francisco Javier Vidal Barrantes y Beatriz Martínez Martínez.
- Profesores del Máster; Dulce nombre de María Ayuso, Begonia Polonio, Antonio Segura y Oscar Sánchez.

#### 4.B/ Recursos materiales

Siguiendo con la elaboración del proyecto es importante tener presente el material fungible, los instrumentos necesarios, materiales, herramientas, equipos, material audiovisual, instalaciones, etc.

##### a- Infraestructura y equipamientos:

Los locales y equipamientos constituyen un elemento básico para poder realizar cualquier programa. Dentro de este proyecto ha sido necesario utilizar una de las aulas del CEU de Talavera.

##### b- Útiles profesionales, medios:

Por esto se entienden los instrumentos o medios técnicos que son necesarios con el fin de canalizar y dinamizar más eficientemente la participación de las personas en el desarrollo del proyecto.

El material usado ha sido:

- Teléfonos.
- Fotocopiadoras.
- Útiles de escritura (bolígrafos, lapiceros,...).
- Folios.
- Programas informáticos.
- Internet.
- Diferentes libros.

#### 4.C/ Presupuesto

Todo proyecto lleva implícitos unos gastos que es conveniente tener previstos. Por ello es necesario elaborar un presupuesto realista que cubra los gastos materiales, de reuniones, de instrumentos, de locales, etc. El financiamiento hace referencia a cómo serán provistos los gastos del proyecto y qué institución o instituciones van a financiarlo.

Los recursos financieros están constituidos por dos aspectos básicos: el presupuesto y el financiamiento:

- 1- El presupuesto es un instrumento de la programación que sirve, no sólo para determinar los costos de un programa o proyecto, sino también para disciplinar la acción institucional;
- 2- El financiamiento, por su parte, representa la forma cómo serán provistos los recursos económicos para cubrir los costos que determina el presupuesto.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados con anterioridad los gastos tenidos durante le realización del proyecto han sido sufragados por los autores del proyecto siendo los siguientes:

- En fotocopias, folios y útiles de escritura: 45 euros;
- En telefonía: 25 euros, aproximadamente; y
- Conexión a internet: 100 euros, aproximadamente.

#### 4.D/ Cronograma

Las actividades realizadas a lo largo de todo el proyecto se especifican en orden cronológico a continuación.

#### Actividades / Cronograma

ACTIVIDADES	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Revisión de la literatura: Estigma vs. Terapia Ocupacional	1 <sup>a</sup> ,2 <sup>a</sup> ,3 <sup>a</sup> y 4 <sup>a</sup> semana	1 <sup>a</sup> ,2 <sup>a</sup> ,3 <sup>a</sup> y 4 <sup>a</sup> semana	1 <sup>a</sup> ,2 <sup>a</sup> ,3 <sup>a</sup> y 4 <sup>a</sup> semana	
Elaboración de las entrevistas		2 <sup>a</sup> y 3 <sup>a</sup> semana		
Contacto con el profesor responsable de pasar las entrevistas a los diferentes cursos de Terapia Ocupacional de la Universidad para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre el estudio de investigación;</li> <li>- Conocer el número de alumnos que serán incluidos en las diferentes categorías de la muestra;</li> </ul>	1 <sup>o</sup> y 2 <sup>o</sup> semana			
Elaboración del consentimiento informado e información del proyecto	3 <sup>a</sup> semana			

Envío del consentimiento informado, información del proyecto y entrevistas a los estudiantes seleccionados		3 <sup>o</sup> semana		
Recepción de las entrevistas a los autores de la investigación			2 <sup>a</sup> semana	
Tratamiento de los datos			2 <sup>a</sup> , 3 <sup>o</sup> y 4 <sup>o</sup> semana	
Conclusiones / Elaboración del artículo				1 <sup>o</sup> semana
Presentación del proyecto de investigación a los colegas del Máster y profesores				2 <sup>o</sup> semana
Realizar las correcciones al artículo que sean oportunas				2 <sup>a</sup> semana
Elaboración de un póster con los resultados obtenidos				2 <sup>a</sup> semana
Publicación del artículo y/o póster en los medios que se considere oportuno				3 <sup>a</sup> semana

Cuadro 16. Actividades y Cronograma del trabajo de investigación

## PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.A/ **Artículo científico para la difusión investigador:** En anexo.

5.B/ **Folleto, newsletter y/o algún otro element gráfico simplificado:**  
En anexo.

5.C/ **Póster:** En anexo.

## GLOSARIO

- **Investigación:** La investigación es un proceso que procura obtener información relevante y fidedigna para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. La investigación nos permite establecer contacto con la realidad con el objeto de conocerla mejor, permitiendo la formulación de nuevas teorías o modificar las existentes.
- **Estigma:** Atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las tornaba de categoría inferior.
- **Estereotipo:** Estructura de conocimientos aprendidas socialmente que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas.
- **Prejuicios:** Actitudes que reflejan la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento y que conllevan, en el caso de la enfermedad mental, reacciones emocionales de miedo, temor, desconfianza, etc.
- **Discriminación:** Consecuencia particularmente negativa del prejuicio, por la cual, individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos.
- **Consentimiento informado:** Se puede definir como el compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar en forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando los beneficios, los riesgos, alternativas y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a convertirse en participante, objeto de experimentación o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito de quien va a ser investigado (o su tercero responsable, autorizado por ley) para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.
- **Terapia Ocupacional:** Disciplina socio sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes



necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.

- **AOTA:** The American Occupational Therapy Association.
- **Hipótesis (en estadística):** Son explicaciones tentativas de un fenómeno formuladas a manera de proposiciones. Son aquellas formulaciones que se apoyan en un sistema de conocimientos organizados y que establecen una relación entre dos o más variables para explicar y predecir, en la medida de lo posible, los fenómenos que le interesan.
- **Variables:** En Estadística se refieren a cada una de las características o cualidades que poseen los individuos de una población, diferenciándose entre variables cuantitativas cualitativas y cuantitativas.
- **Variables cualitativas:** Se refieren a características o cualidades que no pueden ser medidas con números.
- **Variables cuantitativas:** Son aquellas que se expresan mediante un número, por tanto, se pueden realizar operaciones aritméticas.
- **Valor p:** El proceso de aceptación o rechazo de la hipótesis lleva implícito un riesgo que se cuantifica con el valor "p", que es la probabilidad de aceptar la hipótesis alternativa como cierta, cuando la cierta podría ser la hipótesis nula.
- **Estadística no paramétrica:** Rama de la estadística que estudia las pruebas y modelos estadísticos cuya distribución subyacente no se ajusta a los llamados criterios paramétricos. Su distribución no puede ser definida a priori, pues son los datos observados los que la determinan. La utilización de estos métodos se hace recomendable cuando no se puede asumir que los datos se ajusten a una distribución conocida, cuando el nivel de medida empleado no sea, como mínimo, de intervalo.
- **Prueba U de Mann-Whitney:** También llamada de Mann-Whitney-Wilcoxon, prueba de suma de rangos Wilcoxon, o prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney es una prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes, cuyos datos han sido medidos al menos en una escala de nivel ordinal.
- **MUESTRA:** Conjunto de individuos, estadísticamente representativos del universo poblacional que se quiere estudiar. Esta representatividad depende los posibles errores del muestreo (fundamentalmente del tamaño de la muestra y las formas de obtención de las unidades muestrales). El cuestionario se aplica tantas veces como unidades contenga la muestra.
- **Cuestionario de Atribución 27 (AQ27):** Cuestionario que evalúa el estigma hacia las personas con una enfermedad mental. Recoge aspectos de responsabilidad, culpa, enfado, peligro, miedo, ayuda, coerción, evitación de

las personas con una enfermedad mental. Los 27 ítems de los que consta se evalúan en un formato tipo Likert de 9 puntos, de No en absoluto, a Mucho.

- **Población:** Es un conjunto de elementos que poseen una característica. En el proceso investigativo, la población corresponde al conjunto de referencia sobre el cual se va a desarrollar la investigación o estudio.
- **Muestra:** Es un subconjunto de la población. Una muestra representativa es una muestra que recoge todas las características relevantes de la población.
- **Metodología cuantitativa:** Estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.
- **SPSS (Statistical Package for the Social Science):** Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales”, opera básicamente con un fichero o matriz de datos (fichero.dat) y un fichero de instrucciones (fichero.log) en el que se definen cada variable y se seleccionan los comandos encargados de ejecutar los análisis y operaciones que se deseen realizar.
- **Recursos Humanos:** Los recursos humanos consisten en describir la calidad y la cantidad de las personas que son necesarias para la ejecución de las actividades que contempla el proyecto. Es necesario señalar las responsabilidades específicas que ellas asumen en su implementación y ejecución.
- **DAFO:** Técnica surgida para la estrategia empresarial, aplicada más adelante para el análisis de organizaciones, instituciones, asociaciones, así como para la intervención social en materias como la educación, el desarrollo local y las políticas sociales. Su objeto es conocer la situación en que se encuentra un colectivo, una institución, una asociación, una empresa..., desde la perspectiva de sus miembros. Se señalan los riesgos y las oportunidades, presentes y futuras, de la organización o situación que se pretende analizar para diseñar acciones y programas. El nombre de la técnica se deriva de sus iniciales: Debilidad, Amenaza, Fortaleza y Oportunidades.

## BIBLIOGRAFÍA

### 7.A/ Referencias bibliográficas

- Arias, F.G. (1999). *El proyecto de investigación. Guía para su elaboración*. 3ª Edición. Caracas: Editorial Episteme.
- Caballero, A (2000) *Metodología de la Investigación Científica: Diseños con Hipótesis Explicativas*. Lima: Editorial Udegraf S.A.
- Corrigan, P. (2008). *A toolkit for evaluating programs meant to erase the stigma of mental illness*. Chicago: Institute of Technology.
- Corrigan, P., Markowitz, F.E., Watson, A., Rowan, D. & Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162-179.
- Crepeau E., Cohn, E. & Schell, B. (2005). *Terapia Ocupacional*. 10ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Figueroa M.G. (2005). La metodología de elaboración de proyectos como una herramienta para el desarrollo cultural. *Serie Bibliotecología y Gestión de Información N°7*.
- Geidel, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Trabajo de Disertación del Doctoramiento em Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría (no publicado), Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.
- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3ª Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Laviana, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 345-373.
- Leff, J. & Warner, R. (2008). *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Edições Almedina S.A.
- León Castro, H.M. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 6(1), 33-42.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 28(101), 43-83.

- Manuel, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M<sup>a</sup> & Guillén A.I. (2006). Resumen de resultados de la investigación: el estigma de la enfermedad mental. Conserjería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Mora Ledesma, M. & Sepúlveda, P. (1999). *Qué es investigar*. In Metodología de la Investigación (pp. 97-108). México: Limusa.
- Moruno Miralles, P & Romero Ayuso, D.M. (2006). *Actividades de la Vida Diaria*. Barcelona: Ediciones Masson, S.A.
- Nordt, C., Rossler, W & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714.
- Pereira, A. (2008). *Guia práctico de utilización do SPSS. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 7<sup>a</sup> Edición. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polonio López, B., Durante Molina, P. & Noya Arnaiz, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Rubio, M<sup>a</sup>.J. & Varas, Jesús (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social*. Madrid: Editorial CCS.
- Senra-Rivera, C., De Arriba-Rosseto, A. & Seoane-Pesqueira, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs. rechazo del paciente con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40(1), 73-83.

#### 7.B/ Bibliografía recomendada

- Corrigan P.W. (2004). *Beat the Stigma and Discrimination!. Four lessons for Mental Health Advocates*. Chicago: Center for Psychiatric Rehabilitation at Evanston Northwestern Healthcare and The Chicago Consortium for Stigma Research.
- Aichberger, M. and Sartorius, N. (2006). "The WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Annotated bibliography of selected publications and other material related to stigma and discrimination. An update for the years 2002 to 2006". The World Psychiatric Association Presents.
- Kierlhofner G. (2006). *Research in Occupational Therapy. Methods of Inquiry for Enhancing Practice*. Chicago.



ipee  
Instituto de Postgrado de Estudios  
Especializados

## WEBGRAFIA

- <http://www.saludmentalextramadura.com/index.php>: El Servicio Extremeño de Salud y la Consejería de Sanidad y Dependencia desarrollan programas de sensibilización sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen. Esta página presenta información en relación a las políticas que se están realizando en esta Comunidad para luchar contra el estigma. Existen artículos y bibliografía interesante que puede ser descargada directamente desde estas páginas, con información sobre las diferentes enfermedades mentales, explicación y conceptualización sobre el Estigma en la Salud Mental y propuestas para su erradicación.
- <http://www.1decada4.es/>: Página con contenido similar a la presentada anteriormente, pero en este caso, relativa a la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- <http://www.power2u.org/>: Página de internet con casos reales de éxito en la Rehabilitación Psicosocial. Pueden ser descargados bastantes artículos con recomendaciones para trabajar los conceptos de empowerment, recovery y advocacy en la enfermedad mental crónica.
- <http://www.faisem.es/>: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. Contiene mucha información en relación a las medidas tomadas por el Gobierno de Extremadura hacia la erradicación del estigma en la salud mental.
- <http://www.terapia-ocupacional.com/>: Punto de encuentro de los Terapeutas Ocupacionales de habla hispana. Artículos científicos, información sobre formaciones específicas en esta área, recomendaciones de lecturas y foros profesionales.
- <http://www.psiquiatria.com/>: Punto de encuentro de todos aquellos profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental. Se pueden descargar artículos científicos de diferentes áreas profesionales relacionadas con la Salud Mental.
- [www.\\www.revistatog.com/](http://www.revistatog.com/): Página de la Asociación Gallega de Terapeutas Ocupacionales, con publicación de revistas con artículos en el área de la Terapia Ocupacional.

