



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Ocio y Salud Mental: Estudio cualitativo
de la evolución del ciclo vital de personas
atendidas en Unidad de Hospitalización
Breve**

Leticia Moreira Souto

Junio 2013

Tutoras:

Nuria García Gonzalo

M^a Jesús Movilla Fernández

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen | 1 |
| 1. Introducción | 2 |
| 1.1. Ocio y Terapia Ocupacional | 2 |
| 1.2. Ocio, salud mental y Terapia Ocupacional..... | 3 |
| 1.2.1. Desarrollo del ocio a lo largo del ciclo vital | 5 |
| 1.2.2. Momento vital..... | 7 |
| 1.2.3. Salud mental y Unidades de Hospitalización Breve | 7 |
| 1.3. Justificación | 9 |
| 2. Objetivos | 10 |
| a. Objetivo general | 10 |
| b. Objetivos específicos | 10 |
| 3. Metodología | 11 |
| 3.1. Tipo de estudio | 11 |
| 3.2. Muestreo | 12 |
| 3.3. Métodos | 13 |
| 3.4. Técnicas de obtención de información..... | 14 |
| 3.5. Análisis de la información | 15 |
| 3.6. Ámbito de estudio..... | 16 |
| 3.7. Entrada al campo | 16 |
| 3.8. Aspectos éticos..... | 17 |
| 3.9. Rigor metodológico | 18 |
| 4. Resultados | 19 |
| 4.1. “Salud, enfermedad y ocio” | 22 |
| 4.1.1. “Satisfacción” | 22 |
| 4.1.3. “Privación ocupacional” | 25 |
| 4.1.4. “Bienestar” | 27 |
| 4.1.5. “Intereses” | 28 |
| 4.1.6. Desequilibrio ocupacional..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 4.2. Ciclo vital e historia ocupacional | 30 |
| 4.3. Áreas de la ocupación | 31 |
| 4.3.1. Actividades instrumentales | 31 |
| 4.3.2. Descanso y sueño | 32 |
| 4.3.3. Participación social | 32 |
| 4.3.3.1 “Amistades” | 33 |
| 4.4. Entorno..... | 34 |
| 4.4.1. “Repercusión en el entorno familiar” | 34 |
| 4.4.2 “Estrategias de la familia” | 34 |
| 5. Discusión..... | 37 |
| 6. Conclusiones | 41 |
| 7. Agradecimientos | 43 |
| 8. Bibliografía | 44 |
| 9. Apéndice | 50 |
| 9.1. Apéndice I..... | 51 |
| 9.1. Entrevistas usuarios..... | 51 |
| 9.2. Entrevista familiares..... | 53 |
| 9.3. Apéndice II: Dictamen del Comité de Ética de la Universidad de A Coruña..... | 55 |
| 9.4. Apéndice III: Informe favorable del Comité Ético de Investigación De Galicia..... | 56 |
| 9.5. Apéndice IV: Carta del Director de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión, integrada de Ferrol..... | 57 |
| 9.6. Apéndice V: Carta del Jefe de Servicio de la Unidad..... | 58 |
| 9.7. Apéndice VI: Hoja de consentimiento informado a los participantes. | 59 |
| 9.8. Apéndice VII: Modelo de hoja de información al participante | 61 |

Resumen

OBJETIVO: Describir el proceso de cambio vivenciado en el área ocupacional del ocio de personas atendidas en Unidad de Hospitalización Breve cuando son diagnosticadas de un problema de salud mental. Además se pretende comprender como influye la enfermedad mental en el ocio e identificar los cambios relacionados en el mismo, que se han ido produciendo a lo largo del ciclo vital. También, se desea explorar la satisfacción o disfrute en esta área así como su posible implicación en el desempeño ocupacional de otras áreas.

METODOLOGÍA: Investigación cualitativa, enmarcada en el paradigma fenomenológico, dentro de una Unidad de Hospitalización Breve de la provincia de A Coruña. Los informantes son personas ingresadas en Unidad de Hospitalización Breve y sus familiares. Para la recogida de información se utilizaron entrevistas semiestructuradas individuales.

RESULTADOS: Una vez utilizada toda la información, emergen las categorías de significado que explican el fenómeno: “Salud, enfermedad y ocio” “ciclo vital” “Áreas de la ocupación” “Entorno”. Se percibe un cambio importante en el ocio posterior a la aparición del trastorno mental.

CONCLUSIONES: Los usuarios no participan o no hallan la misma satisfacción en el desempeño del ocio como el que encontraban previo a la aparición de la enfermedad. Se atisba una relación positiva entre factores como la insatisfacción en el ocio de los usuarios, aislamiento social y una visión o percepción negativa del ocio de los usuarios por parte de los familiares con la aparición de la enfermedad mental.

Palabras clave: ocio, trastorno mental, salud mental, unidad de hospitalización breve.

1. Introducción

1.1. Ocio y Terapia Ocupacional

El ocio es considerado una parte importante en la vida de cada individuo. Se tiene en cuenta como un ingrediente esencial del bienestar además de un derecho fundamental tal y como expone la Carta Fundacional de la Asociación Mundial de Ocio y Recreación y como lo recoge la Constitución Española de 1978¹.

Un principio básico de la terapia ocupacional es el conocimiento del desempeño ocupacional del individuo en las distintas áreas de la ocupación. Por tanto, el ocio, debe ser comprendido y analizado al mismo nivel que otras áreas como el trabajo o las actividades básicas de la vida diaria. Se ha pensado desde siempre la importancia de esta área con respecto a la salud y ha sido considerada una de las mayores ocupaciones del ser humano². De acuerdo con Parham y Fazio (1997), se define ocio como “una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir”³.

El derecho de los individuos a ciertos tiempos de ocio, en los que sean ellos libremente los que puedan optar por experiencias que le proporcionen satisfacción personal, es algo reconocido en todas las sociedades. De alguna forma, las ideas que sostienen las personas en una cultura específica determinan que es y no es considerado ocio, de ahí, que exista una gran variedad y que estén definidas culturalmente.

A nivel individual participar en actividades de ocio pone en juego la voluntad del individuo, ya que debe decidir que funciones quiere desempeñar en función de sus intereses⁴.

En la actualidad, se ha detectado un aumento del tiempo libre debido a una serie de variables económicas y laborales (la tasa de desempleo, la

desregulación del mercado laboral, etc.) lo que contribuye a que se valore como un agente socializador de primer orden⁵. Rara vez, la satisfacción en el ocio no va a venir determinada por factores sociales, independientemente del bienestar físico o emocional, ya que éstas marcan relaciones interpersonales a la vez que se establecen vínculos con el espacio asociado a dicha área.

1.2. Ocio, salud mental y Terapia Ocupacional

En terapia ocupacional existe un consenso generalizado que concibe la ocupación como un elemento inherente a la condición humana. Ésta se define como el conjunto de actividades de la vida diaria de las personas y medio a través de las cuales las personas controlan y equilibran sus vidas, se describe como fuente de salud. Asimismo, este término tiene que ver con lo mental y con lo físico, tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) “un estado de bienestar físico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar”⁶. Es por ello que, éste vínculo entre salud y ocupación, resulta de vital importancia en personas con problemas de salud mental. Si nos referimos a la ocupación vinculada al ocio, la participación y disfrute puede verse influido por factores que condicionan la enfermedad mental. Por las alteraciones que provoca, dificulta a la persona en su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea un malestar subjetivo.

Las desventajas principales asociadas con problemas de salud mental crean obstáculos en las relaciones sociales y pueden dificultar o disminuir la implicación en las mismas⁷.

Algunas investigaciones recientes, demuestran que la implicación en actividades de ocio aumenta la percepción de calidad de vida en personas con enfermedad mental, describiéndose así el disfrute en el ocio, como tercera causa de obtención de calidad de vida, por encima del trabajo o de las relaciones sociales⁸. Esto reafirma que cualquier

ocupación es una necesidad básica y que la restricción o negación en las mismas puede conllevar a una reducción en la calidad de vida (Christiansen, 1994).

Por otro lado, no todos los estudios que se han realizado vinculados a detectar el disfrute y la satisfacción del ocio coinciden en afirmar que estos factores son distintos dependiendo de la existencia o no de una enfermedad mental, ya que según los resultados de un estudio llevado a cabo por LLOYD et al.(2006) ,la percepción de la satisfacción en el ocio es mayor para personas con un trastorno mental, considerando que las actividades les proporcionan estímulos intelectuales y relaciones agradables con los demás. Por el contrario, otros estudios defienden que aunque la participación sea la misma, el disfrute y satisfacción resulta menor^{2, 7}.

Por otra parte, desde la disciplina, se aboga por la importancia del equilibrio entre las distintas áreas ocupacionales como fuente de un exitoso desempeño ocupacional y bienestar, esto se relaciona directamente con individuos con enfermedad mental, en los que se observa un desequilibrio en sus ocupaciones. Un estudio, analiza el tiempo que las personas con problemas de salud mental dedican al disfrute del ocio, y se obtuvo que la gran mayoría, dedicaba un gran número de horas del día al sueño, provocando así un desequilibrio en el resto de áreas, este aspecto fue entendido como una menor percepción de salud⁹.

Mediante la elección personal de actividades, amistades, momentos en su tiempo de ocio, estos individuos adquieren autonomía y control sobre su propia vida, aspectos que resultan de suma importancia en el día a día de estas personas¹⁰. De igual manera, Wilcock afirma que el bienestar psicológico y social, aspectos fundamentales en el concepto actual de salud, está vinculado con la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente valoradas. El desempeño o realización de actividades ya sea en actividades de ocio, productivas, de autocuidado u

otras permite al individuo participar como miembro activo de su comunidad¹¹.

1.2.1. Desarrollo del ocio a lo largo del ciclo vital

El hombre es un ser activo por naturaleza y el ocio cumple una función importante en las diferentes etapas de la vida.

La etapa del ciclo vital en la que se encuentre el individuo distingue la implicación y el goce en las distintas actividades de ocio que vienen, de alguna forma, determinadas según la edad. Resulta claro afirmar que el período en que se encuentre el individuo va a marcar su relación con el tipo y el tiempo de éste, variando entre un individuo que se halle en la infancia, adolescencia o en la vida adulta.

En la etapa infantil, el juego es el vehículo de aprendizaje del niño. En los primeros meses de vida se divierte con el agua y las distintas formas, texturas y espacios, posteriormente se pasa a un juego donde los amigos son entendidos como compañeros de recreo, a través de éstos se facilita el desarrollo cognitivo, motor, social y emocional proporcionando espacios para el aprendizaje de las habilidades necesarias para la competencia en la edad adulta (Barnett, 1990; Christiansen, 1991).

En la adolescencia, se adquieren nuevas habilidades y una mayor independencia para la gestión del tiempo, asumiendo nuevos roles de ocio. Es durante esta etapa, donde se ofrecen oportunidades para desarrollar destrezas de comunicación y se desempeña un papel importante en la formación de la identidad y la autoestima.

En el individuo adulto, el ocio es concebido como relajación, evasión y liberación de obligaciones, una fuente de evasión de las tensiones rutinarias. La etapa adulta, se caracteriza por buscar grupos compatibles con los mismos valores, se convierte así en una fuente de satisfacción y permite el respiro del trabajo (Vandenberg y Kielhofner, 1982).

Entre los adultos mayores, puede proporcionar la estructura y significado a la utilización del tiempo con el fin de compensar la pérdida de función debido a la jubilación (Singleton, 1990).

Cualquier cambio en el proceso de adquisición de las distintas habilidades puede conducir a un problema en el desempeño y es conveniente percatarse de ello. De igual forma, comprender el desarrollo de los niños permite entender porque se convierten en seres socialmente ocupados¹².

A continuación se refleja un esquema de elaboración propia, del ciclo vital de una persona utilizando como base la clasificación del juego según Piaget (Ilustración I).

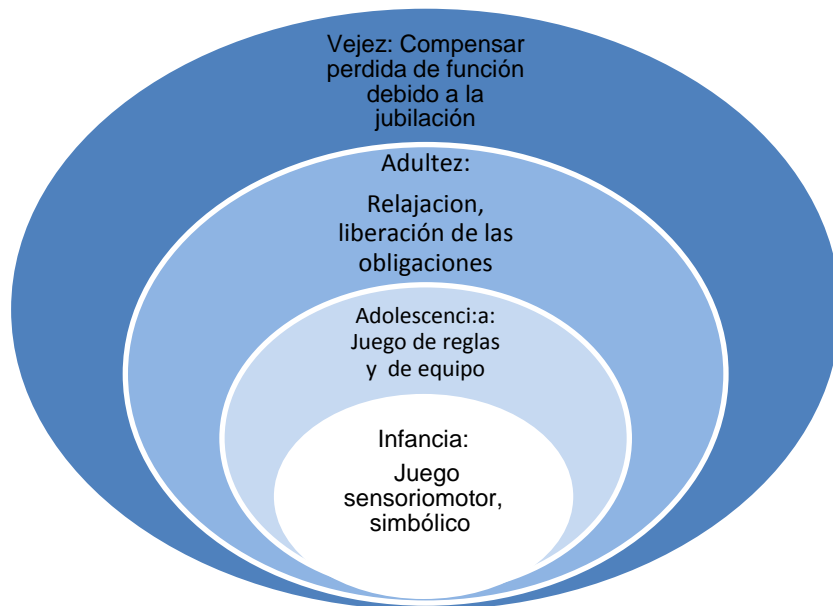


Ilustración 1: Etapas del ciclo vital en relación con el ocio (elaboración propia)

1.2.2. Momento vital

Otra circunstancia que puede influir en la participación en el ocio es el momento vital en que se encuentre la persona, este puede venir marcado por múltiples causas, como un acontecimiento estresante, duelo o una enfermedad. Este último, resulta vinculante para la profesión, ya que uno de los objetivos de la misma es entender la influencia del impacto de la enfermedad, del trastorno, y/o de un acontecimiento vital estresante en la función ocupacional del individuo. Estos por sí mismos, puede ser causa de cambio de hábitos que influyan directamente en el disfrute o el tipo de ocio que se lleve a cabo.

De alguna forma, el punto de inicio de cualquier enfermedad mental, viene dado por el momento en que se diagnostica la misma. Este hecho, parece condicionar el quehacer cotidiano, suceso que corrobora un estudio mostrando que los individuos en sus primeras crisis experimentan cambios en el ejercicio de sus actividades¹³.

1.2.3. Salud mental y Unidades de Hospitalización Breve

En salud mental, los cuadros agudos se caracterizan por constituir problemas graves que implican un alto riesgo para la integridad del individuo. En estos casos, el ingreso hospitalario se hace en unidades de hospitalización breve (UHB). A estas unidades recurren sujetos que se encuentran en fase aguda o subaguda, donde la aparición de síntomas es evidente, así como, un desequilibrio en áreas de compromiso ocupacional, dificultad en la toma de decisiones, escasa tolerancia a los ritmos de tarea, etc. Hay que tener en cuenta que el tipo, la situación y las características del mismo ofrecen un papel heterogéneo de los usuarios que pueblan estas unidades¹⁴.

Desde el ámbito de la terapia ocupacional, es importante una vez ingresado el usuario, detectar la concepción que la persona tiene sobre su ocupación, o por lo menos lo que este término significa para él. Según Goffman, el periodo de ingreso es la reproducción de una microsociedad en la que el usuario vivirá durante un tiempo hasta que se le ofrezca el alta¹⁴.

El usuario de estas unidades, necesita mantener un ritmo de ejecución y desarrollo, un nivel de ocupación que lo mantenga vivo entendiendo la misma como un equilibrio entre actividades de autocuidado, productividad y ocio.

Hay que destacar que los datos vinculados a estas unidades resultan escasos y los que se hallaron se centran en investigar aspectos centrados en los factores que influyen en la duración del ingreso o los predictores de un posible reingreso. También investigaciones que relacionan el tiempo de estancia con cambios significativos en los sujetos ingresados¹⁵⁻¹⁶.

1.3. Justificación

Tras esta revisión, se hace clara la importancia del ocio en la vida de las personas con un problema de salud mental como fuente salud. Un número elevado de estas personas, se aburren o no están satisfechas con sus actividades de ocio, lo que afecta directamente a su calidad de vida.

La existencia de bibliografía en la que se refleje el punto de vista de personas atendidas en unidades de hospitalización breve es escasa. Por este motivo, con esta investigación la idea que se quiere mostrar reside en conocer las implicaciones personales de los usuarios ingresados en esas unidades en el área ocupacional del ocio. De esta forma, se pretende comprender el significado de la experiencia en esta área y además su influencia en la satisfacción con la vida. También, se incluye la percepción de los familiares de los usuarios con respecto a los cambios que han vivenciado a lo largo de la vida en sus parientes.

Por otra parte, otro eje fundamental de este estudio es la valoración del impacto de la enfermedad, en la funcionalidad ocupacional del individuo en esta área.

El objetivo principal de esta investigación es describir el proceso de cambio vivenciado en el área ocupacional del ocio por personas atendidas en una unidad de hospitalización breve cuando son diagnosticadas de un problema de salud mental.

2. Objetivos

a. Objetivo general

- Describir el proceso de cambio vivenciado en el área ocupacional del ocio de personas atendidas en unidad de hospitalización breve cuando son diagnosticadas de un problema de salud mental.

b. Objetivos específicos

- Identificar los cambios relacionados con el ocio que se han ido produciendo a lo largo del ciclo vital en personas con un trastorno mental.
- Comprender como influye ser diagnosticado de un problema de salud mental en el desempeño del área ocupacional del ocio.
- Explorar la satisfacción/disfrute en el ocio en personas con trastorno mental.
- Identificar la posible influencia de la participación en actividades de ocio en personas con un problema de salud mental en el desempeño ocupacional en otras áreas de la ocupación.

3. Metodología

3.1. Tipo de estudio

Este estudio se ha abordado desde un enfoque cualitativo, el cual permite estudiar los fenómenos en su contexto natural, donde se ha pretendiendo descubrir la complejidad de un fenómeno social a partir de los significados que las personas le conceden¹⁷, en este caso, el ocio en personas con trastorno mental.

Los estudios fenomenológicos describen el significado de las experiencias de la vida, de diversos individuos acerca de un concepto o fenómeno¹⁸. Por lo tanto, este estudio se ha realizado desde un paradigma fenomenológico de tipo de descriptivo, centrándose en describir experiencias de la vida cotidiana desde una perspectiva holística del fenómeno, para entender y explicar el proceso de cambio vivenciado en el área ocupacional del ocio desde el punto de vista del sujeto y de un familiar próximo.

El análisis del discurso se ha llevado a cabo desde una perspectiva inductiva, que permite extraer categorías a partir del análisis de los datos obtenidos de las entrevistas semiestructuradas.

3.2. Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo de tipo teórico con un procedimiento de selección intencional y razonada, donde se tendrán en cuenta para la participación o no el estudio una serie de criterios descritos a continuación (Tabla I) (Tabla II).

Tabla I: Criterios de inclusión y exclusión de los usuarios participantes

GRUPO 1: GRUPO DE USUARIOS

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|--|
| Participante con capacidad para consentir participar en la investigación a criterio del investigador principal. | Usuarios cuya sintomatología aguda de la enfermedad impida la participación en el estudio. |
| Estar ingresado en la unidad de hospitalización breve. | Tener una edad inferior a los 18 años. |
| Contar con una red de apoyo localizable. | No cumplir con los criterios de inclusión. |
| Aceptar el consentimiento informado. | |

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión de los familiares participantes

| GRUPO 2: GRUPO DE FAMILIARES | |
|---|--|
| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
| Participante con capacidad para consentir participar en la investigación a criterio del investigador principal. | No cumplir los criterios de exclusión. |
| Ser miembro del núcleo familiar. | |
| Aceptar el consentimiento informado | |

3.3. Métodos

Se utilizó un métodos descriptivos para acercase al objeto de la investigación. Se ha escogido debido a que es un fenómeno actualmente poco conocido y se ha deseado entrar en el tema para iniciar el conocimiento del objeto de estudio.

3.4. Técnicas de obtención de información

Para la recogida de datos se realizaron técnicas de tipo conversacional, entrevistas semiestructuradas (apéndice I) a usuarios y familiares, de aproximadamente 30 minutos de duración. Se siguió un mismo guion para ambas, con libertad suficiente para que la persona pudiese expresar sus emociones y opiniones, permitiendo así la triangulación de los datos.

La información fue obtenida a través de registro electrónico (grabadora digital) para el posterior análisis de los datos obtenidos. Se asignó un código para cada participante al cual sólo tuvieron acceso los miembros investigadores (Tabla III) (Tabla IV).

Tabla III: Perfil de los usuarios participantes

| USUARIOS PARTICIPANTES | | |
|------------------------|--------|---------|
| Código usuario | Sexo | Edad |
| Usuario 1 | Mujer | 30 años |
| Usuario 2 | Hombre | 36 años |
| Usuario 3 | Hombre | 47 años |
| Usuario 4 | Hombre | 55 años |
| Usuario 5 | Mujer | 60 años |
| Usuario 6 | Hombre | 42 años |
| Usuario 7 | Mujer | 50 años |

Tabla IV: Perfil familiares participantes

FAMILIARES PARTICIPANTES

| CÓDIGO FAMILIAR | SEXO | EDAD | PARENTESCO |
|-----------------|--------|---------|------------|
| Familiar I | Mujer | 54 años | Madre |
| Familiar II | Mujer | 52 años | Madre |
| Familiar III | Mujer | 50 años | Hermana |
| Familiar IV | Mujer | 32 años | Hija |
| Familiar V | Mujer | 57 años | Hermana |
| Familiar VI | Hombre | 66 años | Padre |
| Familiar VII | Mujer | 31 años | Hija |

3.5. Análisis de la información

El análisis de información es el proceso de construir orden, estructura y significado sobre el conjunto de datos recogidos. Es por ello, que los datos son codificados agrupando la información obtenida en categorías que concentran las ideas o temas similares descubiertos. Por último, se relacionan entre si las categorías existentes.

3.6. **Ámbito de estudio**

El estudio ha tenido lugar en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Naval de Ferrol. Este dispositivo asistencial está destinado al ingreso temporal de aquellos usuarios que se puedan beneficiar de esta modalidad terapéutica. Se destina a resolver la situación de crisis del usuario, sin que factores estrictamente sociales o variables de cronicidad del cuadro sean los determinantes básicos para el internamiento o pertenencia a ellas.

Se ubica en un hospital general como un servicio de éste, adaptándose a su estructura orgánica y funcional a las características de su especialización.

3.7. **Entrada al campo**

El acceso al campo se ha producido al realizar prácticas en dicho hospital a través de la asignatura de estancias prácticas VII. A continuación, se detallan los pasos que se siguieron para el acceso al mismo y para la obtención de los permisos correspondientes:

1. Se solicitó permiso al Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC) (apéndice II).
2. Se requirió el consentimiento por parte del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia-CEIC de Galicia (apéndice III).
3. Se contactó y se obtuvo permiso del Coordinador de Investigación, Calidad y Docencia del Hospital Arquitecto Marcide y Director de Procesos de Soporte en Área Sanitaria de Ferrol, SERGAS (apéndice IV).
4. Se informó de la realización del estudio al Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Unidad de Hospitalización Breve, así como al Jefe de la Unidad y el Supervisor (apéndice V).

5. Información al usuario, previa lectura de su historia clínica, y familiar comprobando la posible pertinencia de su participación en el estudio.

3.8. Aspectos éticos

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos se hizo conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y por la Ley 3/2001, de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, teniendo en cuenta las modificaciones propuesta el 7 de Mayo del 2005.

El equipo investigador tiene el deber de guardar la confidencialidad de los participantes.

Todos los datos que se obtuvieron del estudio formaron parte de la defensa del Trabajo de Fin de Grado guardando en todo momento la confidencialidad de los participantes. Los datos de los mismos llevaron un código que no permite identificarlos directamente. La relación entre los códigos y la identidad ha sido custodiada por la investigadora.

Para mantener los principios éticos de los profesionales de la salud y hacer constar los derechos de los participantes, se ha administrado consentimiento informado (apéndice VI) a usuarios y familiares así como una hoja de información (apéndice VII) donde se han descrito todos aquellos aspectos que se han considerado relevantes para la posible participación en el estudio y de acuerdo con lo propuesto por el Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Esta información se entregó a los participantes en los días previos a su participación con lo que se permitió tiempo para garantizar la comprensión del estudio y resolver las dudas que pudiesen surgir.

3.9. Rigor metodológico

Para garantizar la calidad científica de una investigación cualitativa así como el rigor metodológico, es necesario cumplir los siguientes criterios propuestos por Lincoln y Guba¹⁹:

La credibilidad hace referencia a que todos los datos de la investigación sean aceptables, es decir, creíbles. En la investigación se fundamenta en la exposición detallada que se ha desarrollado del estudio y de la muestra, y en la triangulación de los datos, puesto que para la recogida de información se han realizado entrevistas con los usuarios y con sus familiares, contrastando así, los datos con informantes claves para obtener ambas perspectivas del fenómeno.

La transferencia se refiere al grado en que pueden aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos. Se ha logrado mediante la descripción exhaustiva del fenómeno y que ésta permita a través de un análisis exhaustivo de los datos, éstos puedan ser interpretados en otros contextos o situaciones.

La dependencia o consistencia se ha garantizado mediante la triangulación de los informantes, descripción detallada de la muestra y teniendo a disposición los datos textuales y el análisis.

La confirmabilidad se ha conseguido gracias a la triangulación de los informantes, favoreciendo la neutralidad de la investigadora y reduciendo la posibilidad de creación de sesgos en el estudio.

4. Resultados

A continuación, se muestra la relación entre el sexo y la edad de los usuarios participantes en el estudio (gráfico I).

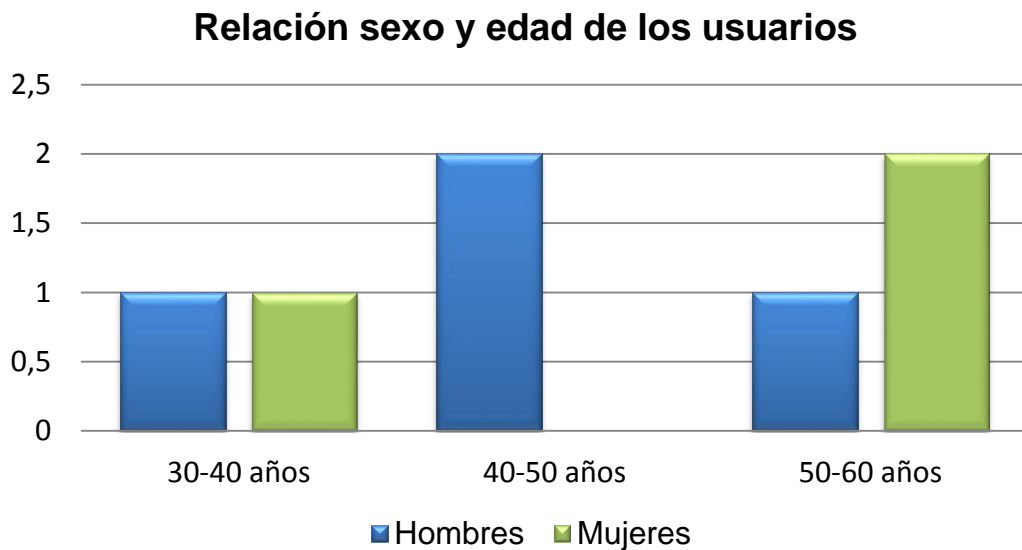


Gráfico I: Relación sexo y edad de los usuarios

Un dato significativo es que, en el rango de edad entre los treinta y lo cincuenta años, los participantes continúan residiendo en el hogar de sus padres. En algunos casos, esto ha sido motivado por el diagnóstico de la enfermedad que condujo a la reunificación familiar después de haber vivido de forma independiente (gráfico II). Asimismo, en su mayoría, han dejado de desempeñar su trabajo a raíz de la enfermedad.

Una de las participantes de mayor edad, ha cambiado de entorno dejando el domicilio conyugal para trasladarse a vivir con su madre.

Todos los usuarios, con excepción del usuario 6 que no tiene un hogar definido ni contacto con ningún miembro de su familia, presenta domicilio fijo y contacto habitual con sus parientes más cercanos.

Relación edad y núcleo familiar

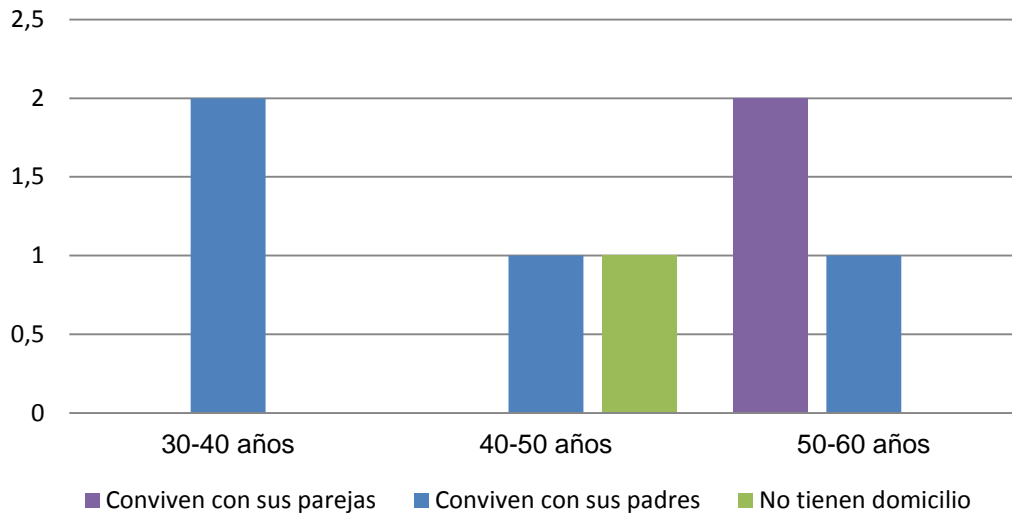


Gráfico II: Relación edad y núcleo familiar

En cuanto al inicio de la enfermedad, cinco de los usuarios presentan un diagnóstico de trastorno mental muy reciente (cuatro años aproximadamente) y dos de ellos (usuarios 3 y 6) desde hace 20 años, con repetidos ingresos en distintas unidades de salud mental.

Con respecto a la edad de inicio de la enfermedad en los usuarios se encuentra en el rango de 20 a 40 años. La edad de diagnóstico más temprano, en este estudio, se sitúa en los 20 años frente a los 48 años de la más tardía (gráfico III).

Edad de inicio del trastorno mental

■ 20-30 años ■ 30-40 años ■ 40-60 años

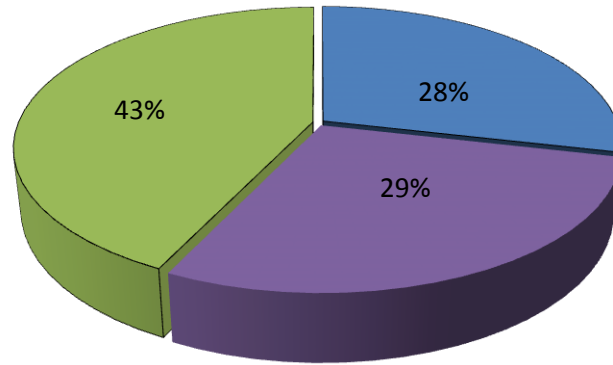


Gráfico III: Edad de inicio del trastorno mental

En referencia a los siete familiares entrevistados, se distingue la mayoría de mujeres, con excepción, de un hombre. En este caso, la relación entre padre e hijo es nula desde hace muchos años. La vinculación de éstos con el usuario es directa (gráfico IV).

Parentesco con el usuario

■ Hermana ■ Hija ■ Madre ■ Padre

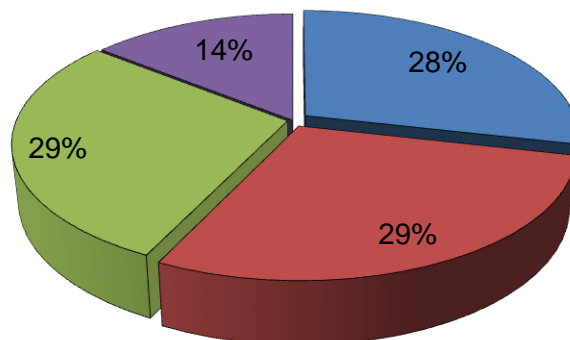


Gráfico IV: Parentesco con el usuario

Del análisis de los datos, se obtuvieron resultados que reflejan el disfrute y la vinculación de estas personas en actividades de ocio anterior y posterior al diagnóstico del trastorno mental. Se aprecian diferencias en la satisfacción en el ocio entre estos dos períodos, encontrando una involucración en el ocio mucho menor a raíz de la enfermedad.

Según los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas realizadas a usuarios y familiares, se han definido tres categorías para clasificar la información relacionada con el cambio vivenciado en el ocio, por estas personas y son: salud, enfermedad y ocio, ciclo vital, áreas de la ocupación (actividades instrumentales, sueño, participación social) y entorno.

4.1. “Salud, enfermedad y ocio”

En este estudio, se entiende la salud de acuerdo con el concepto del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional que la define como el tener la oportunidad, las habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación para el cuidado del self, el disfrute de la vida y contribuir al tejido social y económico de la comunidad a lo largo de la vida; más allá de la ausencia de enfermedad ²⁰.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, la falta de salud repercute de forma directa en la participación en actividades de ocio.

La implicación en actividades vinculadas al ocio a raíz de la enfermedad es distinta y eso da lugar a subcategorías que definan como ha sido ese cambio o como ha ido evolucionando con el tiempo y se nombran los siguientes: satisfacción, intereses, privación ocupacional, desequilibrio ocupacional, ciclo vital y bienestar.

4.1.1. “Satisfacción”

En este estudio se contempla la satisfacción como la consideración que los usuarios presentan sobre el ocio que realizan, es decir, como lo

vivencian y las diferencias que aprecian previo a padecer el trastorno mental. También engloba el sentimiento que describe tanto el usuario cuando participa en actividades de ocio como la percepción sobre la misma de sus familiares.

Se destaca que el ocio, en algunos usuarios, a raíz de la enfermedad ha dejado de ser una actividad de su vida diaria.

“Ahora mismo, ahora mismo no, es nulo, ahora mismo no o sea me gusta ver a mis nietos y cogérles y abrazarlos y todo pero no tengo esa cosa que tenía antes no se [...] antes pues me gustaba más” (usuaria 7).

En este caso, concuerda con la versión de su familiar que afirma,

“No ella no tiene ocio, realmente no, ahora mismo no ella no tiene o sea no sale no hace cosas no...siempre está en casa no se no...para mí no vamos no tiene ningún tipo de ocio” (familiar VI).

A pesar de llevar a cabo ocupaciones vinculadas con el ocio, muestran una sensación sobre sus propias actividades como poco relevantes o carentes de significado.

“Pues mi ocio es la música, me gusta bastante y yo que se ver películas pero es un ocio bastante cutre [...] del cero al diez le daría un seis, regular tirando para bueno” (usuario 6).

Los usuarios mantienen un desempeño ocupacional adecuado en la medida que tienen la capacidad de elegir y participar en actividades de ocio que les resultan satisfactorias³.

“Cuando voy al cine satisfactorio y cuando estoy en casa con la negrita, que es mi gata, satisfactorio” (usuario 2).

*“Bueno si, cuando veo la tele y oigo música, me resulta bueno”
(usuario 3).*

Otros participantes, a pesar de encontrar satisfacción en el ocio que llevan a cabo también hallan sensación de debilidad en sí mismos que achacan a la enfermedad o al uso de fármacos y que les impide gozar del ocio como les gustaría.

“Me siento bien (ocio con sus nietos), pero me canso, a veces me canso yo, a veces, le echo la culpa a la edad pero no creo que tanto yo creo que es más eh la depresión que tengo lo mal que me siento no puedo gozar con ellos como antes (llora)” (usuaria 7).

“Era mejor antes porque no sentía estas sensaciones, efectos de las medicaciones y cosas así, ¿entiendes?” (usuario 6).

Sin embargo, se observa una satisfacción menor en las actividades de ocio a raíz de la enfermedad.

“Era mejor antes [...] disfrutaba muchísimo más de todo, sentía mucho más las cosas que hacía y me lo pasaba mucho mejor yo era una persona mucho más alegre de lo que soy ahora” (usuario 6).

“Yo me sentía más a gusto con las cosas que hacía antes, es que ahora, la verdad, es que es un aburrimiento” (usuario 5).

Se refleja la opinión de los familiares en cuanto al ocio que, en algunas ocasiones, dista de la percepción de los usuarios. Los parientes suelen apreciar un ocio más pobre o poco gratificante mientras que el usuario mantiene una actitud más benevolente hacia su propio ocio.

“Es bueno sí, es bueno” (usuario 3).

“Muy pobre, muy pobre [...] vegeta, él está en cama, duerme de día, traspasando de noche y así un desastre” (familiar III).

“Salir, venir tarde, a las seis o siete de la mañana eh era un ocio que a mí ya no me gustaba tampoco. Ir al cine a mí sí, si tuviera un amigo o dos o tres con quien ir, a mí me gusta más este ocio” (familiar II).

“No sé qué decirte (risas) antes era mejor igual [...] Porque lo pasaba mejor porque tenía amigos e iba por ahí y salía y hacía de todo” (usuario II).

En general, los familiares perciben que existe una carencia de ocio o, el qué existe, es valorado negativamente y manifiestan necesidad de cambio.

“Una porquería, no sé qué palabra utilizar pero vamos que un ocio que a mí no me gustaría nada [...] pues que volviera a vivir, yo no pediría más que volviera a vivir a ser feliz con su marido, con la gente, a querer volver a divertirse que lleve una vida normal” (familiar V).

4.1.3. “Privación ocupacional”

El concepto de privación ocupacional describe una situación que genera limitaciones en el desempeño de actividades, debidas a factores situacionales y que se asocian a pérdida del sentimiento de eficacia, dificultades en las destrezas adaptativas para lograr la integración en la comunidad, etc²¹.

Algunas de las personas entrevistadas reflejan un distanciamiento con la realidad que les rodea. Se perciben a sí mismos de forma distinta al resto de personas de su misma edad o de su entorno y realizando actividades de ocio diferentes a las que sus semejantes desempeñan.

“Yo creo que las personas de mi alrededor hacen cosas que yo no puedo hacer porque no puedo, por ejemplo, antes me gustaba mucho andar

ahora no puedo, me veo muy privada de cosas que no puedo hacer que antes hacía” (usuaria 5).

“Yo tengo hermanas y la veo como se mueven y como hacen y veo que están todo el día en esto en lo otro en el trabajo, en fin, pues yo trabajar nada y vamos [...] que lo veo que sí que yo al lado de ellas me he quedado muy cortita” (usuaria 7)

Esta usuaria hace referencia al trabajo que, en otro momento de su vida, formaba parte de su ocio (coser).

Marcan distancia en actividades de ocio que previo a la aparición del trastorno mental no manifestaban resistencia.

“Si hay mucho bullicio procuro estar a la hora para comer y después procuro retirarme un poco, estar lo menos posible no por qué me molesta mucho la aglomeración de gente y todo eso” (usuaria 7).

Algunos familiares encuadran el distanciamiento con la realidad vinculado al propio estigma que el trastorno mental marca en la sociedad y esto conlleva la supresión por parte del usuario de ciertas ocupaciones adecuadas a su edad o cultura.

“Es una persona muy marcada por sus problemas de drogadicción y todo eso él tiene, por decirlo así, una serie de actividades cerradas que igual lleva una persona normal, mismo para entrar en ciertos lugares puede ser rechazada en muchos sitios por eso que no tiene uno ocio normal de una persona de su edad” (familiar VI).

“No para nada, el resto de personas, él tiene 36 años, algunos tiene pareja, él nunca la tuvo ni creo que la tenga, el resto de chicos, no ni hablar, es un ocio distinto” (familiar II).

“Es una persona que está amargada, que se ve fuera del mundo, porque ya te digo no está ni con la familia” (familiar III)

4.1.4. “Bienestar”

Los participantes en el estudio aseguran que desempeñar actividades de ocio les aporta una serie de beneficios encaminados al bienestar propio y también asociado a la participación social o al establecimiento de rutinas en su vida diaria.

“Cuando realizo actividades de ocio me siento bien [...] cuando no hago me siento peor, ya le digo a mis padres que necesito ir al cine y me entienden” (usuario 2).

“Hombre, yo ya te digo, cuando iba al hospital de día estaba muy bien contaba incluso cosas que hacían manualidades y tal [...] y si él tenía su despertador, su ansia de levantarse, si una vida más o menos normal” (familiar III).

“Yo la veo alegre cuando va de marcha, si quiere que le saque fotos y todo” (familiar I).

Se vincula a la forma en que lo conciben ya que consideran el ocio una actividad para la distracción y el divertimento y sobre todo asociado a aquellas ocupaciones que les resultan satisfactorias.

Por otro lado, algunos usuarios entrevistados reflejan que el ocio les beneficia en cuanto le permite desvincularse de hábitos poco saludables o valorar de forma positiva otros aspectos de su vida.

“Pues tienes el tiempo ocupado en lo que haces no andas haciendo el mono por ahí ni nada de eso y hombre , en todo, tanto en definirte como persona en todo” (usuario 6).

“Si me puede beneficiar esto ya principalmente ser más feliz, valorar más las cosas, si se ven mejor otras cosas” (usuario 7).

4.1.5. “Intereses”

Los intereses se definen como la disposición a encontrar placer y satisfacción en las ocupaciones y tener conciencia de nuestro disfrute en éstas³

De alguna forma, estos intereses se han ido mermando a raíz de la enfermedad, lo que conlleva que algunos usuarios hayan dejado de desempeñar ocupaciones significativas dando paso a otras que no les suscitan el mismo placer aunque si cierta distracción.

“Antes de la enfermedad quizás, salía menos a pasear, el pasear me distrae mucho, antes pues me distraía cosiendo que me encanta, es más, es lo que hacía yo en mi trabajo cosía o hacia labores o me pasaba todo el día haciendo labores ahora no, no tengo paciencia y como no tengo paciencia tengo que invertir el tiempo, pues me gusta pasear y cuando esta mi marido o mis hijas salgo a pasear[...] antes cubría el tiempo cosiendo y aunque estuviera sola todo el día, yo estaba bien” (usuario 7).

Se destaca el cambio de intereses hacia actividades más solitarias,

“No me gusta hacer cosas con más gente, si puedo veo la televisión solo y nada más” (usuario 3).

Se manifiesta cierta ansia de recuperación de intereses previos a la enfermedad que resultaban más gratificantes que los vivenciados actualmente.

“No nada, yo con el tiempo ya voy a recuperar el ocio que tenía antes, ir a una discoteca y con el tiempo salir y conocer a gente, es que estoy ¿cómo se dice? distanciado de la gente [...] salir un poco más, hace 17 años que no salgo de casa prácticamente, sólo a los hospitales de día al cursillo que me mando Elena, me decía que fuese todos los días al naval” (usuario 3).

También se revela la necesidad de apartarse de ciertas rutinas, que ellos valoran como perjudiciales, con el interés de vincularse hacia otras actividades más tranquilas o beneficiosas.

“Quiero dedicarme a algo tranquilo, mi tierrita, plantar coles, quiero eso...mi único ocio era la partida de tute, tuve tres o cuatro meses que le echaba a las maquinas estas me comió algo de dinero y dije yo pero soy gilipollas y pum lo deje” (usuario 4).

Por otro lado, la familia refiere aquellos intereses que han dejado de formar parte de la vida de su pariente.

“Antes le gustaba mucho dibujar, ahora no está como desganado no tiene ganas de hacer nada, lo suyo es estar en la cama y poco más” (familiar III).

“Es que antes hacía deporte y ahora bueno no hace mucho, y a mí me gustaría que hiciese más cosas acordes a su edad, hombre jugar al tute e ir al bar son cosas que hace gente de su edad pero no se creo que puede hacer más cosas que aún es joven y está en buena forma” (familiar IV).

4.1.6. Desequilibrio ocupacional

Se entiende por desequilibrio ocupacional a los estados en los cuales las personas no pueden participar en ocupaciones que le permitan ejercer sus capacidades físicas, sociales y mentales²².

Dos de los usuarios entrevistados reflejan una dedicación prácticamente continua a las distintas actividades de ocio que realizan lo que provoca un desequilibrio en el resto de áreas.

“Ahora le estoy dedicando muchas, antes aun ayudaba en casa a pelar las patatas, ayudaba a mi padre en la hierba seca, iba a la ribera a coger almejas y cosas, pero desde que estoy enfermo estoy muy débil y escucho música nada más o veo la televisión, antes yo trabajaba, ayudaba en casa, ahora no...”(usuario 3)

“Todo, todo el día (con la gata) estoy con ella” (usuario 2).

También reflejan poco interés por realizar cualquier tipo de actividad fuera de casa e inclinándose hacia un ocio con marcado carácter sedentario y solitario.

“El ocio es estar en su casa, sale por la mañana a hacer la compra y deseando volverse para casa, ver la televisión y es lo que hace”

(familiar V).

4.2. Ciclo vital e historia ocupacional

Se hace referencia al ocio en las distintas etapas del ciclo vital de los participantes. Uno de los usuarios refleja una infancia marcada por la falta de juego y de interacción con otros niños, hecho que, según sus propias palabras, pudo haber condicionado su situación actual.

“No cuando era pequeño, lo pasaba mal en casa, lo pasaba mal en el colegio porque tenía problemas en casa y eso repercutía que tuviera muchos nervios, era tartamudo de los nervios que pasaba en casa y luego cuando me fui de casa a los 17 años se me fue la tartamudez y todo y porque había algo de maltrato por el medio y cosas que no voy a hablar ahora. Yo no tuve una infancia feliz, ni mucho menos, no me dejaban salir a jugar con los demás niños todos los vecinos salían jugar a la calle y yo no podía y un montón de cosas más [...] Si, quieras que no te marca, van pasando los años y te vas dando cuenta de las cosas” (usuario 6).

Una usuaria refleja un ocio en la infancia semejante al resto de los niños o adolescentes y con cierto sentimiento de pena de no poder disfrutar del como lo hacía cuando era niña.

“Era mejor el de cuando era niña, porque de aquella me divertía con cualquier cosa y ahora no, ya no disfruto tanto, cuando eres niño disfrutas de todo a tope...no hay problemas (risas)”. Su madre argumenta que: “Si

era una niña muy alegre, muy divertida con las compañeras siempre, con las amigas pero ahora no” (usuario 1).

Dos usuarios reflejan un cambio de ocio en la etapa de la adolescencia.

“Yo personalmente hasta los 14 o 15 o incluso los 16 porque yo seguía siendo una niña a esa edad, tenía más pensamientos de niña que de chica” (usuario 1).

“Cuando era pequeño jugaba igual que los demás pero de adolescente ya no escuchaba música, música mucho y tele mucha” (usuario 3).

4.3. Áreas de la ocupación

4.3.1. Actividades instrumentales

En este estudio se hace referencia a las actividades instrumentales como aquellas actividades de la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado³.

Un usuario refleja que, a raíz de la enfermedad, ha adquirido nuevas responsabilidades las cuales percibe como ocio y que le resultan beneficiosas para el aumento de su autoestima y motivación personal.

“Cuando deje de consumir más o menos por esa época me regalaron una gatita y ahora estoy todo el día con ella, fue un cambio en mi vida, me ayudó mucho”(usuario 2).

Otra usuaria refleja que no puede realizar tantas actividades de ocio ya que desempeñar ciertas actividades instrumentales (limpieza del hogar) necesita más tiempo.

“Antes cuando podía hacerlas si, pero ahora limpiar la casa me lleva cuatro horas es que me cambió mucho la vida ahora no puedo hacer tantas cosas que hacía antes” (usuario 5).

4.3.2. Descanso y sueño

Incluye las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de la ocupación³.

Tal y como muestran algunos participantes, la implicación en actividades de ocio u ocupaciones significativas puede impulsar a la regulación de rutinas diarias de sueño.

“Ah sí lo veo mejor, ahh estos días que el ocio, que le fue ayudar al padre a la cocina del hermano, ¿estaba feliz eh? Se sentía realizado y se notaba que hacía algo pero cuando se levanta a las cuatro de la tarde, después está toda la tarde amargado y a lo mejor él quería levantarse antes pero tiene como de esto, como es... bueno tiene...ay dios, tiene que que que está disconforme con lo que, tiene cargo de conciencia con lo que ¿cómo es? Que te sientes mal, que el querría levantarse antes pero no puede a las cuatro se levanta, hace la vida...después a la noche ve un poco la tele o nosotros vamos a cama y el igual se queda viéndolo otro rato o en la habitación o se va a cama, pero creo que no duerme bien tampoco” (familiar II).

4.3.3. Participación social

Patrones organizados de comportamiento que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social³.

4.3.3.1 “Amistades”

La persona esta comunicada con el medio, de esta interacción nace la ocupación. Es por ello, que las relaciones de amistad resultan un pilar fundamental para que surja o mantenga el ocio, la ocupación. Si este pilar falla o se debilita es posible que también se vea afectado el ocio.

“Bueno yo amigos no tengo, desde la enfermedad no tengo, los perdí todos, me aislé bastante de los amigos [...] cuando tenía amigos iba a la discoteca, al cine, salía” (usuario 3).

“Bueno, un poco deficitario (su ocio) porque no tengo amigos” (usuario 2).

Algunos usuarios reflejan que el sentido de no pertenencia a un grupo conlleva la reducción de actividades de ocio.

“En que ellos tienen amigos y yo no, tienen más ocio que yo, pero bueno, es normal ¿no?” (usuario 2)

El hecho de que las personas del entorno cercano de los participantes hayan adquirido roles distintos a ellos limita la participación en ciertas actividades.

“Pues porque mis amigas empezaron a coger novio a estabilizarse en su vida y yo no tengo novio entonces yo me tengo que adaptar me tuve que adaptar a buscar gente como yo soltera [...] ¿Y con quien lo hago? (actividades de ocio) (usuario 1).

Todo esto conlleva, que la participación en éstas corra a cargo de la familia y en el caso de que no sea así estas actividades dejan de ser realizadas.

“El hermano el fin de semana va con él, porque al hermano le encanta el cine también y sino a veces va solo pero es raro” (familiar II).

4.4. Entorno

Se entiende el entorno como una suma de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y forma de vida (Mosey, 1986).

4.4.1. “Repercusión en el entorno familiar”

En este estudio, se hace referencia a la repercusión en el entorno familiar como a las consecuencias que trae consigo que los usuarios se desliguen del ocio. En ocasiones, debilita la estructura familiar impidiendo que cada miembro adquiera el rol que le pertenece ajustado a su edad o repercute en la convivencia familiar.

“Los que realmente dejamos de tener ocio somos los padres ¿eh? Porque no podemos salir a tomar algo con los amigos, no podemos ir a ningún sitio porque siempre estamos a salir con él porque no tiene amigos y tomar una café con él, realmente el ocio de él es el cine, los gatos y el nuestro pues estar con él [...] “Estamos mentalizándonos pero yo estoy agotadísima desde...tiene 36 años él y empezó con 18 años con lo de la droga y después con esto y agota a las familias ¿eh? (familiar II).

“No, para nada, mi hermana tiene 61 años, la vida que lleva ahora de ocio nada, además le repercute en todo en el matrimonio en todo es que yo hablo tanto tanto con ella que ya no sé qué decirle”(familiar V).

4.4.2 “Estrategias de la familia”

Algunos familiares comentan la necesidad de recurrir a ciertas estrategias que permitan un desarrollo ajustado a la normalidad del núcleo familiar.

“Hombre sí, yo lo veo que por ejemplo alguna vez que no vamos en toda la semana y se ve como es la típica persona que tienes que despertar un poco, no sé si me entiendes, y a lo mejor vamos dos o tres veces seguidas sobre todo en verano y ya tiene...Manolo, mañana voy a venir y ya está levantado, ya está esperándonos y ya sí” (familiar III).

Mencionan la obligación de inculcarle ciertas actividades en su vida diaria que les pueden beneficiar.

“Yo le riño mucho, a ver le riño mucho le digo cosas que después me pesa habérselas dicho pero sé que tengo que decírselas, tampoco... para que haga algo en casa, tonterías que a él le viene muy bien, pues eso fregar los cacharros eh cuando pueda ir a la farmacia que vaya él que no le vaya nadie, en fin, soy la única persona que la estoy empujando un poco, a mí me hace bastante caso, yo ya digo hasta que un día se rebote y no me haga ninguno, pero bueno mientras vaya así...”(familiar III)

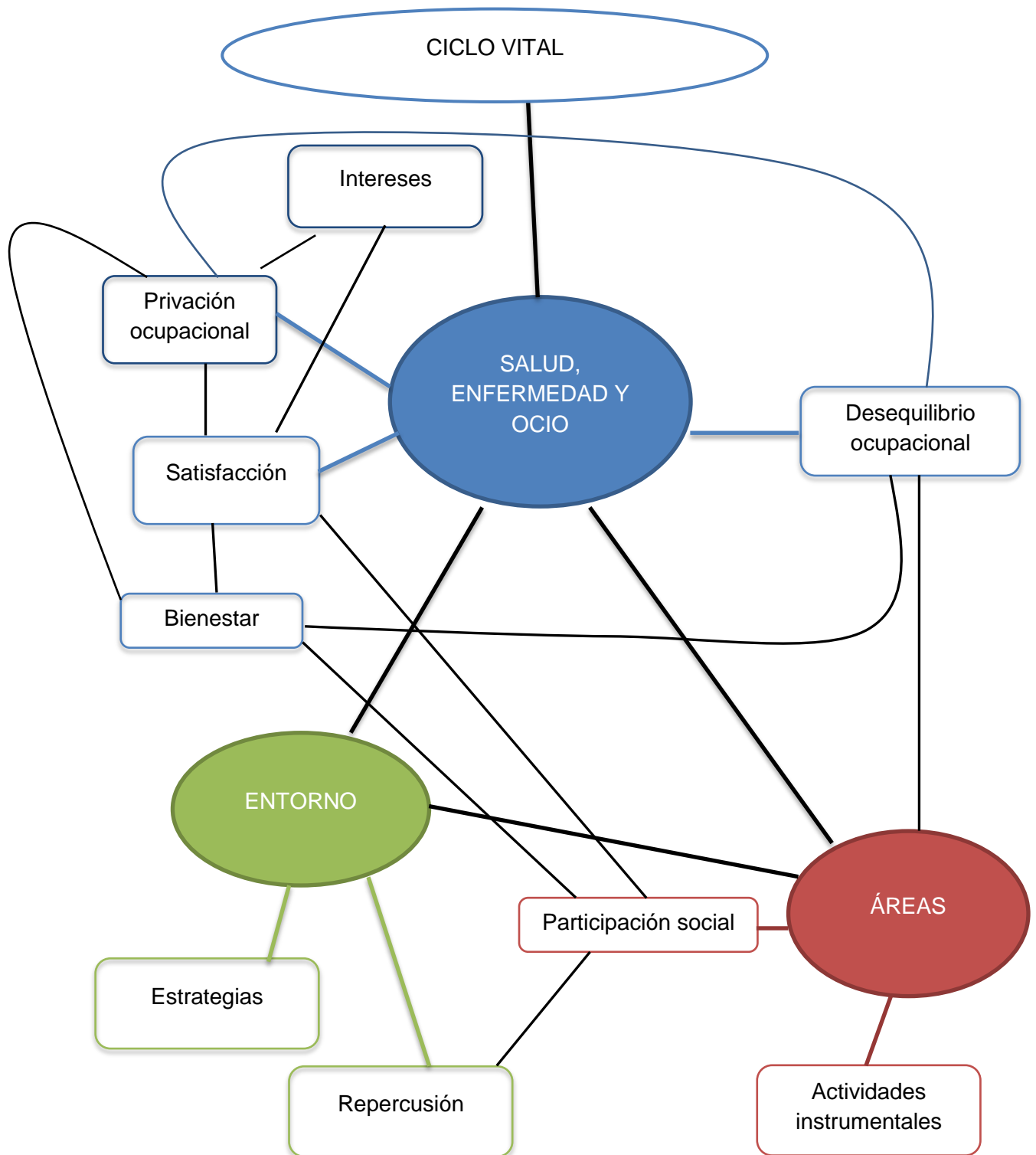


Ilustración 2: Mapa conceptual de las categorías

5. Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que, existe un cambio en la percepción de los individuos, en cuanto a la participación y satisfacción en el ocio a partir de la aparición del trastorno mental. A partir de la primera crisis psiquiátrica se produce un cambio en el ejercicio de sus actividades^{13, 23}. Los cambios más significativos se reflejan en la pérdida de trabajo y en el deterioro de las relaciones sociales, influyendo éstos de manera directa en la participación en el ocio.

Desde el punto de vista individual, se relaciona el ocio, con la vivencia de experiencias placenteras y satisfactorias. En este estudio, en consonancia con los resultados de otras investigaciones^{2, 7}, la participación en el ocio no lleva implícita la percepción de satisfacción y se cataloga un placer menor a sujetos con un trastorno mental frente a los que no lo tienen.

Esta merma en la satisfacción percibida por los usuarios, es debida no sólo a la reducción en número de actividades²⁴⁻²⁵, sino a la vivencia de su ocio como poco relevante o carente de significado. Otros estudios hacen hincapié en la presencia de un ocio poco definido²⁶, con marcado carácter individualista, que se traduce en actividades como ver la televisión, salir a caminar o escuchar la radio.

Se han obtenido datos similares a otros estudios en cuanto a la influencia que ejerce la falta de motivación e interés, asociados a menudo a depresión o síntomas negativos, para llevar a cabo actividades de ocio²⁵. La motivación afecta al desempeño ocupacional en la medida en que limita la participación y la forma en que los sujetos lo llevan a cabo. En algunos casos, la carencia de motivación e interés por desempeñar actividades de ocio revierte hacia la escasez de las mismas.

Como se ha mencionado anteriormente, la falta de apoyo social influye de manera negativa en la realización de actividades de ocio de forma satisfactoria. Entre los sujetos, existe una falta de amigos significativa²⁷ lo que conlleva que el círculo de apoyo para que se lleven a cabo quede reducido al núcleo familiar. Uno de los motivos que subyacen de esta

realidad, son la alteraciones que los sujetos presentan en sus habilidades sociales o su escasez de adaptación social²⁸⁻²⁹, lo que conduce al aislamiento, repercutiendo de forma clave en la participación en el ocio. Estos cambios provocan, entre otras, la realización de actividades más sedentarias y menos estructuradas.

Por otra parte, la soledad viene dada por la necesidad de alejarse de hábitos nocivos (consumo de drogas, alcohol...) y, en consecuencia, de determinados vínculos sociales que formaban parte del día a día de los sujetos antes del diagnóstico de la enfermedad. A raíz de esto, algunos sujetos optan por actividades más sosegadas que, según su propia percepción, ayudan o fomentan su recuperación. Este aspecto se encuentra reflejado en gran medida en el discurso de los familiares.

Sin embargo, este cambio en el desempeño ocupacional de sus actividades, denota variaciones en la satisfacción con su ocio. De alguna forma, el ocio anterior a la enfermedad, era percibido como más gratificante dado que consistía en un ocio acompañado.

Otro de los resultados que surge del análisis de los datos es el hecho de que, algunos familiares relacionan la escasez de ocio al rechazo social, es decir, vinculado al estigma que produce la propia enfermedad que impide el acceso de estas personas a las distintas alternativas de ocio.

En este estudio, aunque los usuarios conciben distanciamiento con la realidad y con el entorno que los rodea, no se clarifica por su discurso que éste sea debido al rechazo social, sino a un sentimiento propio derivado de la enfermedad. Otros estudios si reflejan que, en muchos casos, las actividades de ocio son evitadas por miedo a la reacción de otras personas²⁵. Es posible que, en este estudio, no se refleje esta realidad debido a la existencia de un diagnóstico relativamente reciente.

El desequilibrio ocupacional, en muchos casos, a favor del ocio determina el gran número de horas que le dedican a un ocio que se puede considerar alienado asociado a la falta de satisfacción³⁰⁻³¹. Este dato se

asemeja a los resultados obtenidos en otros estudios, en donde los sujetos por falta de empleo, su dedicación al ocio resulta mayor. Otra de las causas de este desequilibrio, es la gran cantidad de horas que dedican al sueño que impide centrarse en otras áreas. También, reflejan que dormir una gran cantidad de horas está asociado con peor autopercepción de salud y bienestar e interacción social más baja³².

En otros estudios reflejan la asociación entre la participación en actividades de ocio y sociales con niveles más bajos de depresión³³. Otras investigaciones recogen que el ocio se relaciona con mejores resultados en la vida y en el rendimiento académico, el bienestar psicológico y un claro sentido de la propia identidad³⁴. Asimismo, para los participantes en este estudio, el ocio posee una serie de beneficios entre los que destacan que permite o favorece la participación social, sentirse bien con uno mismo, creación de identidad o formarse como persona o regulación de rutinas.

Cabe destacar la importancia del ocio durante todo el ciclo vital. Participar de niño de una amplia gama de actividades que incluyen artísticas, deportivas es un indicador clave en la salud del niño³⁵. Se ha asociado con un aumento de habilidades y un mejor rendimiento académico.

En este estudio la mayoría de los sujetos, según su opinión, participaron de un ocio adecuado durante su infancia. Un dato a destacar es el caso de un sujeto donde existió una gran privación en el ocio desde pequeño lo que acarrió en mayor o menor medida sensación de pérdida de bienestar y satisfacción con la vida.

En la realización del presente trabajo de investigación se localizan distintas limitaciones que influyen en la calidad de los resultados obtenidos. Una de las limitaciones es respecto al tiempo disponible para la realización del estudio. Esto ha dificultado profundizar y ampliar el conocimiento del fenómeno. Por lo tanto otra línea de investigación

sugerente sería profundizar en el estudio del ocio como fuente de calidad de vida o su posible influencia en otras áreas (trabajo, educación)

Otra de las posibles limitaciones de este estudio, es la posible existencia de sesgos debido al cuadro agudo de los usuarios. Sin embargo, esto se ha procurado evitar mediante la realización de las entrevistas el día de alta o los días previos, así como, la triangulación de los informantes que aporta mayor confirmabilidad a la investigación.

6. Conclusiones

El proyecto realizado ha contribuido a identificar los cambios vivenciados en el ocio por personas atendidas en una Unidad de Hospitalización Breve a raíz de la aparición del trastorno mental.

A pesar de que el ocio es marcado por la búsqueda de un estado de placer, a la vista de los resultados obtenidos, los usuarios no participan o no hallan la misma satisfacción en el desempeño del ocio como el que encontraban previo a la aparición de la enfermedad.

Se atisba una relación positiva entre factores como la insatisfacción en el ocio de los usuarios, aislamiento social y una visión o percepción negativa del ocio por parte de los familiares con la aparición de la enfermedad mental.

Para que exista una experiencia óptima en el ocio la persona debe percibir que tiene habilidad para llevar a cabo su planificación y toma de decisiones. Es por ello que, el terapeuta ocupacional debe adoptar prácticas que permitan la libre elección y participación en ocupaciones, ya que la elección de una actividad ya sea vinculada al ocio u otra puede ser un factor que contribuye a la construcción de un sentido de control sobre su propia vida. Asimismo, también debe empoderar en la elección de un estilo de vida saludable que incluya actividades de ocio, a que desarrolle una trayectoria de vida ocupacional basado en lo significativo y ofrecer alternativas de ocio manteniendo una conexión empática con el estado emocional del usuario.

Conforme se fue avanzando en la investigación, surgieron elementos que no se plantearon en un principio pero que emergen de los datos obtenidos; se desprende que la organización del ocio por parte de los usuarios hace que los parientes relacionen esto con una mayor percepción de salud. También, se observa un claro predominio del género femenino asociado al rol del cuidador principal.

Finalmente, muy poco estudios han examinado la experiencia de usuarios ingresados en unidad de hospitalización breve, más seriamente afectados, y por lo tanto los resultados de este estudio añaden información sobre esta población, a la literatura.

7. Agradecimientos

A mis tutoras, Nuria García Gonzalo y M^a Jesús Movilla Fernández, su apoyo, confianza y dedicación en el trabajo.

A los usuarios y familiares que participaron en el estudio ya que, sin ellos, nada de esto sería posible. También agradecer a todos los profesionales sanitarios su colaboración y ánimo en la realización del proyecto.

A Miguel A. Talavera por su ayuda durante estos meses y por hacerme reflexionar cada día.

Agradecer hoy y siempre el apoyo a mi familia por su confianza en mí. A mis padres por toda su paciencia y sobre todo por estar siempre ahí. A mis hermanos, por ser como unos segundos padres, por confiar y aportarme grandes valores como persona.

Agradecer a Pablo por estar a mi lado durante todo este tiempo, por guardar siempre la tranquilidad y sobre todo por hacer que crea más en mi misma.

A mis amigas por los grandes momentos juntas y por aguantarme en los momentos de más agobio.

Darle las gracias a mis compañeras y amigas, Lydia, Alba y Susana por su apoyo incondicional, la gran alegría que me transmiten y por ser las mejores compañeras de carrera que podía encontrar. Hacer una mención especial a Lore, por acompañarme y ayudarme tanto durante todo este tiempo y por hacer que los viajes a Ferrol, lejos de ser una carga, fuesen agradables.

8. Bibliografía

1. Lázaro Fernández Y, traductora. WLRA Carta Internacional para la Educación del Ocio [traducción]. ELRA. 1997; (4): 243-52.
2. Henry A. Development of a Measure of Adolescent Leisure Interests. Am. J. Ocup. Ther. 1998; 52(7). 531-539.
3. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2ned.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683.
4. Tur Juan F, Armada M^a, González Aguilar D, Segura Valero A. Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2006; 26(98): 209-215.
5. Centro de Rehabilitación Laboral "Nueva Vida" [sede web]. Madrid: Asociación psiquiatría y vida; 2000[actualizado Abril 2001] Orvz García S, Fernández Blanco J, Gómez Pérez O et al. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos.
<http://crl.sie.es/index.html>
6. Turner A. La ocupación como terapia. En: Turner A, Foster M, Johnson S. Terapia Ocupacional y Disfunción Física. 5^a ed. Madrid: Elsevier España; 2003. 25-46.

7. Lloyd C, Rey R, Lampe J, S McDougall. The leisure satisfaction of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabil J.* 2001; 25(2):107-113.
8. Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Individual quality of life of people with severe mental disorders. *J Psychiatr Mental Health Nurs.* 2009; 16: 3-9.
9. Leufstadius C, Erlandsson L, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occup. Ther. Int.* 2006; 13(3): 123–141.
10. Torreblanca Martín V. Proyecto de Investigación-Acción: Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental [proyecto de investigación]. Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid. 2012 [enero de 2013]. <http://eprints.ucm.es/14713/>
11. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Ocupación y salud mental. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en salud mental.* 1ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. 21-36.
12. Romero Ayuso D.M. Actividades de la vida diaria desde una perspectiva evolutiva. En: Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. *Actividades de la vida diaria.* 1ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 23-35.

13. Sousa Severo AK, Dimenstein M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. Estudos de Psicologia. 2009; 14(1):59-67.
14. Talavera Valverde MA. Terapia ocupacional en las unidades de hospitalización breve. El encuentro de las ocupaciones. En: 5º Congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. 2004.
15. Barbato A, Parabiaghi A, Panicali F, et al. Do patients improve after short psychiatric admission? : A cohort study in Italy. Nord J Psychiatry. 2011; 65(4):251-8.
16. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust N Z J Psychiatry. 2011; 45(7):578-85.
17. Mejía Navarrete J. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. Investigaciones sociales. 2004, 8(13): 277-299.
18. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez. Metodología de la Investigación Cualitativa. 2ª ed. Málaga: Ediciones aljibe; 1999.
19. Cáceres Mesa M. García Cruz R. Fuentes de rigor en la investigación cualitativa. Bibliociencias[internet] 2002[acceso en febrero de 2013] [10 p] Disponible en:
<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>

20. Simó S. Modelo canadiense del desempeño ocupacional I. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [acceso 20 de mayo de 2013] ;(3):127.
21. Moruno Miralles P, Fernández Agudo P. Análisis teórico de los conceptos de privación, alienación y justicia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [acceso 15 de mayo de 2013]; monog.5: [44-68]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>
22. Larson E. Wood W. Clark F. Ciencia Ocupacional: Desarrollo de la ciencia y la práctica de la ocupación a través de una disciplina académica. En: Blesedell Crepeau E, S. Cohn E. Boyt Schell B. Terapia Ocupacional. 10ª Edición. Madrid: Médica Panamericana; 2005.15-26.
23. Breslin FC, W Gnam , RL Franco , Mostaza C , E Lin . Depression and activity limitations: examining gender differences in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006; 41(8): 648-55.
24. Eisemann M. Leisure activities of depressive patients. Acta Psychiatr Scand. 1984; 69(1):45-51.
25. Connell J, Brazier J, O´ Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *HQLO*.2012; 10(138): 1-31.

26. Yi-Chen Chiu, Chien-Ying Huang, Ann M. Kolanowski, Hsiu-Li Huang, Yeaing (Lotus) Shyu, Shu-Hwa Lee, Ching-Rong Lin, Wen-Chuin Hsu. The effects of participation in leisure activities on neuropsychiatric symptoms of persons with cognitive impairment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2013 January: 1-12.
27. Florey L, Michelman S. Occupational Role History: A Screening Tool for Psychiatric Occupational Therapy. *Am J Occup Ther.* 1982; 36(5):1-8.
28. Martínez F, Ochoa S, Negredo MC, Casacuberta P, Paniego E, Thomas C et al. Redes sociales de personas con esquizofrenia. *Cuad Trab Soc.* 2000; 13: 299-322.
29. Garlderisi S, Piegari G, Mucci A, Acerra A, Luciano L, Rabasca A, Santucci F, Valente A, Volpe M, Mastantuono P, Maj M. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2010; 260:305–315.
30. Romero Ayuso DM, Moruno Miralles, P. *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas.* 1ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2003.
31. Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N. *Terapia Ocupacional sin fronteras: Aprendiendo del espíritu de los supervivientes.* 1ª Ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2005.

32. Pagán R. Time allocation of disabled individuals. *Soc Sci Med.*2013; 84:80-83
33. Mausbach BT, Cardenas V, Goldman SR, Patterson TL. Symptoms of psychosis and depression in middle-aged and older adults with psychotic disorders: the role of activity satisfaction. *Aging Ment Health.*2007;11 (3):339-45.
34. Trainor S, Delfabbro P, Anderson S, Winefield A. Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescence.* 2010; 33: 173–186.
35. C Mâsse L, R Miller A. Shen J, Schiariti V, Roxborough L. Comparing participation in activities among children with disabilities.2012;33: 2245-2254.

9. Apéndice

9.1. Apéndice I

9.1. Entrevistas usuarios

1. ¿Cuándo fue la primera vez que acudiste una unidad de salud mental?
2. ¿Conoces el diagnóstico que tienes?
3. En cuanto al ocio, ¿Qué entiendes por ocio?
4. ¿Cómo consideras que es tu ocio actual? ¿Aprecias diferencias con respecto a otra época de tu vida? ¿A qué crees que se debe?
5. ¿Realizas más actividades de ocio en solitario o acompañado de otras personas?
6. ¿Dedicas muchas horas a realizar este tipo de actividades?
¿Siempre fue así?
7. ¿Cómo recuerdas tu ocio antes de ser diagnosticado con la enfermedad? ¿Qué diferencias encuentras con el que realizas actualmente?
8. ¿Consideras que el ocio que practicabas y practicas era/es igual que el de otras personas de tu entorno? ¿Qué diferencias encuentras?
9. Si pudieses definir como es tu ocio de forma sencilla como lo harías... ¿Consideras que tu ocio se ha ido modificando a lo largo del tiempo? ¿Cuáles crees que han sido los motivos?
10. ¿Qué sentimientos te inspira realizar actividades de ocio?

11. Si pudieses cambiar algo relacionado con tu ocio ¿Que sería?
12. ¿En qué crees que realizar actividades de ocio que te resulten satisfactorias, te puede ayudar en otros aspectos de tu vida? (relación con tu familia, amigos, en el trabajo...).


9.2. Entrevista familiares

En relación a su familiar...

1. ¿Te acuerdas de cuándo fue la primera vez que acudió una unidad de salud mental?
2. ¿Conoces el diagnóstico que tiene?
3. En cuanto al ocio, ¿Qué entiendes por ocio?
4. ¿Cómo consideras que es su ocio? ¿Aprecias diferencias con respecto a otra época de su vida? ¿A qué crees que es debido?
5. ¿Crees que realiza más actividades de ocio en solitario o acompañado de otras personas?
6. ¿Dedica muchas horas a realizar actividades de ocio? ¿Siempre fue así?
7. ¿Cómo recuerdas que era su ocio antes de ser diagnosticado con la enfermedad? ¿Qué diferencias encuentras con el que realiza actualmente?
8. ¿Consideras que el ocio que practicaba y practica era/es igual que el de otras personas de su entorno? ¿Qué diferencias encuentras?
9. Si pudieses definir como es su ocio de forma sencilla como lo harías... ¿Consideras que se ha ido modificando a lo largo del tiempo? ¿Cuáles crees que han sido los motivos?
10. ¿Qué sentimientos transmite su familiar cuando participa en actividades de ocio?

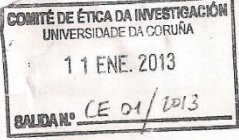
11. ¿Crees que hay algo que debería cambiar con respecto a su ocio?
si es así ¿El qué?
12. ¿En qué crees que realizar actividades de ocio que le resulten
satisfactorias, le puede ayudar en otros aspectos de su vida?
(relación con tu familia, amigos, en el trabajo...)?

9.3. Apéndice II: Dictamen del Comité de Ética de la Universidad de A Coruña.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN



ACUERDO
DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA



El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC), reunido en sesión ordinaria de 11 de enero 2013, y a la vista de la solicitud de informes relativos a los Trabajos Fin de Grado presentados por las estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDC: *Loreto García Alén, Leticia Moreira Souto, Pamela Laura María Pedreira Pérez, Picallo Amigo, Ana Isabel Souto Gómez, Enma Varela Alvarez,*

Acordó por unanimidad, **DECLARARSE INCOMPETENTE** para evaluar los aspectos éticos de las solicitudes presentadas. Y ello con base en los siguientes argumentos:

a). Es cierto que, con arreglo a lo prescrito en el art. 4.a) del Reglamento del CE-UDC, este órgano colegiado tiene como función no sólo emitir informes respecto a Proyectos de Investigación, sino también en relación con trabajos de investigación. Pero también es cierto que, según lo ordenado por el art. 2 del propio Reglamento, el CE-UDC únicamente tiene competencias para evaluar los trabajos de investigación cuya autoría provenga de investigadores vinculados a la UDC. Y en este sentido, aun cuando pudiera llegar a estimarse que los Trabajos Fin de Grado tienen la condición de trabajos de investigación, resulta claro que su autoría no proviene de investigadores vinculados a la UDC, sino de meros estudiantes. En este mismo entendimiento, se considera que, a pesar de que los profesores que actúan como tutores son investigadores vinculados a la UDC, su misión únicamente consiste en tutelar la labor de los estudiantes y no pueden ser conceptuados ni siquiera como coautores de los Trabajos Fin de Grado que aquéllos elaboran.

b). Los Trabajos de Fin de Grado constituyen una asignatura más dentro de los planes de estudio de los Grados Universitarios y por ello, a efectos de implicaciones éticas, deben tener el mismo tratamiento que se otorga a cualquier otra de las asignaturas que componen el Grado. Por lo tanto, si el CE-UDC no evalúa las implicaciones éticas de los múltiples ejercicios prácticos que, en el seno de las diversas asignaturas, los estudiantes desarrollan a lo largo del Grado, tampoco debe entrar a juzgar los Trabajos Fin de Grado. De lo contrario, y si el CE-UDC tuviese que informar sobre los Trabajos Fin de Grado, es muy posible que también tuviera que hacerlo sobre cualquier ejercicio de cualquier otra asignatura del Grado que pudiese revestir implicaciones de carácter ético.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña, a 11 de enero de dos mil trece.

Comité de Ética
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Fdo.: Rafael Colina Gareca
Presidente del CE-UDC

9.4. Apéndice III: Informe favorable del Comité Ético de Investigación De Galicia



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 881 546425 Fax: 881 541804
ceic@sergas.es



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE GALICIA

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 14/02/2013 el estudio:

Título: Lecer e saúde mental
Promotor: Leticia Moreira Souto
Código de Registro CEIC de Galicia: 2013/027

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, y la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio en los centros y con los investigadores siguientes

| Centros | Investigadores Principales |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Universidade da Coruña; | Leticia Moreira Souto |
| C.H. Universitario Arquitecto Marcide | Nuria García Lozano |

En Santiago de Compostela, a 21 de febrero de 2013

La Secretaria

Paula M. López Vázquez

9.5. Apéndice IV: Carta del Director de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión, integrada de Ferrol.



Yo Antonio Acevedo Prado, Director de Procesos de Soporte de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, en representación del Gerente del Área D. Ángel Facio Villanueva

AUTORIZO a:

D.ª Leticia Moreira Souto DNI 53301019Z

A realizar el Estudio "Ocio y Salud Mental", en el marco de la elaboración de trabajo de investigación del Grado de Terapia Ocupacional.

Los datos obtenidos en el marco de la investigación se manejarán estrictamente preservando la confidencialidad de los pacientes en base a la ley de protección de datos personales y no serán utilizados para nada más de lo estrictamente necesario para el desarrollo de dicho trabajo.

Dicho estudio cuenta con la aprobación del CEIC de Galicia y se desarrollará en el marco de lo aprobado por éste.

En Ferrol a 19 de marzo de 2013



Fdo. Dr. Antonio Acevedo

9.6. Apéndice V: Carta del Jefe de Servicio de la Unidad



SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

D^a **Leticia Moreira Souto**, alumna 4^o grado T.O. ha presentado un trabajo de investigación centrado en la valoración subjetiva de la importancia del desempeño de actividades de ocio, como contribución a la mejora de sus niveles de salud tanto general como mental. Dicho trabajo se llevará a cabo mediante entrevista a pacientes con ingresos en la Unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) del Área Sanitaria de Ferrol, lo que informo a los efectos oportunos.

Ferrol, 26 de febrero de 2013


Fdo. Dr. Núñez Pérez
Jefe de Servicio

9.7. Apéndice VI: Hoja de consentimiento informado a los participantes.

Se detalla

D/Doña _____ con DNI

Está invitado a participar en un proyecto de investigación sobre ocio y salud mental.

El proyecto de investigación es llevado a cabo por la investigadora Leticia Moreira Souto con DNI_____

He leído la hoja de información del participante sobre el estudio citado y acepto participar en él.

Se me ha entregado una copia de la hoja de información del participante y una copia de este consentimiento, firmado y fechado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.

Se me ha dado tiempo para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción

Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

Doy

No doy

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Fecha:

Firma del participante:

Hago constar que he explicado las características y el objetivo del estudio. Esta persona otorga su consentimiento por medio de su firma fechada en este documento.

Fecha

Firma del investigador

9.8. Apéndice VII: Modelo de hoja de información al participante

Título: Ocio y Salud Mental: Estudio cualitativo de la evolución del ciclo vital en personas atendidas en Unidad de Hospitalización Breve.

Investigador:

Leticia Moreira Souto

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

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

¿Cuál es el propósito del estudio?

El propósito del estudio consiste en conocer como es el proceso de cambio que viven personas ingresadas en unidad de hospitalización breve con respecto al ocio después de ser diagnosticadas con un problema de salud mental.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Usted ha sido seleccionado por estar ingresado en una unidad de Psiquiatría o bien por ser familiar de un paciente ingresado.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en responder de forma voluntaria a una serie de preguntas que se le formularán durante el transcurso de la entrevista.

Estas preguntas irán encaminadas a conocer el disfrute en actividades de ocio, si ha variado la participación en el mismo a lo largo de la vida y después de diagnosticarse un problema de salud mental.

Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

Su participación tendrá una duración total estimada de media hora aproximadamente.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la importancia del ocio en personas que presentan un problema de salud mental.

En el futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para conocer mejor las enfermedades y como intervenir sobre ellas, quizás puedan beneficiar a personas como Vd., pero no se prevén aplicaciones inmediatas de ellos.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán utilizados con un fin docente. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Toda información o datos que puedan identificar al participante serán manejados confidencialmente. La investigadora principal Leticia Moreira Souto y las tutoras que supervisan el mismo, Nuria García Gonzalo y M^a Jesús Movilla Fernández, tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante. Se podrá transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada.

Sus datos llevarán un código que no permite identificarlos directamente. La relación entre los códigos y su identidad será custodiada por la investigadora.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con Leticia Moreira Souto en el teléfono 645042085 para más información.

Desde ya le agradecemos su participación.

