



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2014 -2015

TRABALLO DE FIN DE GRAO

Relación entre la percepción del estigma social y la participación social de usuarios de un hospital de día de psiquiatría

Lisa Vieites Rivera

Xullo de 2015

Directoras:

Nuria García Gonzalo

María Jesús Movilla Fernández

Índice

Resumen	4
Abstract	5
1. Antecedentes y estado actual del tema	6
1.1 Evolución de la salud mental	6
1. 2 Estigma y salud mental	7
1. 3 Estigma, salud mental y ocupación	10
1.4. Justificación	12
2. Bibliografía	15
3. Búsqueda bibliográfica	20
4. Premisa de estudio y objetivos	23
5. Metodología	24
5. 1.Tipo de estudio	24
5. 2. Ámbito de estudio	24
5. 3 Población de estudio	24
5. 4. Selección de usuarios	25
5. 4. 1. Muestra	25
5. 4. 2. Criterios de inclusión y exclusión	26
5. 5. Entrada al campo	26
5. 6. Recogida de datos	27
5. 7. Plan de análisis de datos	28
5. 8. Limitaciones del estudio	29
5. 9. Rigor metodológico	29
5. 10. Aplicabilidad	29
6. Aspectos éticos	31
7. Plan de trabajo	32
8. Plan de difusión de resultados	33
9. Recursos necesarios y presupuesto	34
10. Financiación de la investigación	35
11. Agradecimientos	36
12. Anexos	37

Resumen:

Introducción: A pesar de los grandes avances que se han producido en el conocimiento, manejo y tratamiento de las enfermedades mentales, éstas siguen estando ligadas al concepto de estigma social. Este hecho conlleva un rechazo por parte de la sociedad hacia las personas que las presentan, provocando muchas veces que éstas dejen de realizar y/o disfrutar de las ocupaciones que necesitan y/o desean.

Objetivo: Partiendo de esta realidad, en este proyecto se pretende explorar la percepción del estigma social que se pueda generar en el entorno más cercano de los usuarios de un Hospital de Día de Psiquiatría, y si consideran que éste estigma influye en su participación social.

Metodología: El presente proyecto se llevará a cabo mediante una metodología cualitativa de tipo fenomenológico, ya que se explorarán las vivencias, las experiencias, los sentimientos y las opiniones propias de los participantes en relación al objeto de estudio. Para ello, como herramienta de recogida de datos se utilizará una entrevista semiestructurada.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno Mental, Estigma social, Participación Social.

Abstract:

Introduction: Despite the significant progress made in the knowledge, management and treatment of mental illnesses, these still remains linked to the concept of social stigma. This fact entails the society rejection towards people who show them and causes that many times they stop performing and / or enjoying the occupations they need and / or want.

Objective: Given this reality, this project aims to explore the perception of the social stigma that can be generated in the immediate environment of the users of a Psychiatric Day Hospital, and if they feel that this stigma affects their social participation.

Methodology: This project will be carried out with a qualitative methodology and a phenomenological orientation, as it will explore the experiences, feelings and opinions of the participants themselves in relation to the object of the study. To do so, a semi-structured interview will be used as a tool for data collection.

Keywords: Occupational Therapy, Mental Disorder, Social Stigma, Social Participation.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1. Evolución de la Salud Mental

El concepto de “salud mental” es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un *“estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus capacidades, afronta las situaciones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y contribuye en su comunidad.”*¹

Cabe destacar que cuando se produce una alteración en la salud mental de una persona, se considera que presenta un trastorno mental. Este concepto es definido por el DSM-V como *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.”*²

En cuanto a la epidemiología, a nivel mundial hay aproximadamente 450 millones de personas que presentan algún tipo de trastorno mental y se estima que una de cada cuatro personas se verá afectada por el mismo a lo largo de su vida.³ Concretamente en España, al menos un 9% de la población ha sido diagnosticada de este tipo de trastorno.³

La concepción de los trastornos mentales ha variado a lo largo del tiempo, y la llegada de la reforma psiquiátrica marca un antes y un después en el trato hacia las personas con dicho trastorno.⁴ Hasta entonces, las personas que presentaban algún tipo de trastorno mental, eran consideradas como “personas demoníacas”, “que habían perdido completamente la razón”, “dementes”... por lo cual eran encerradas en lugares denominados manicomios, encadenadas, “enjauladas” y un largo etcétera.⁵ De esta manera estas personas eran discriminadas negativamente y apartadas de la sociedad.

En la década de los años 50, primero en Estados Unidos e Inglaterra, y más tarde en Europa Continental, se llega a un consenso, promovido por

la OMS, para hacer frente a la necesidad de un cambio profundo en la atención psiquiátrica y el desarrollo de nuevas estrategias en las políticas de atención a la salud mental.⁶ El aspecto principal de todas estas reformas fue la “desinstitucionalización”.⁷ En otras palabras, el principal objetivo que se quería alcanzar con este cambio era un alejamiento de las instituciones tradicionales, para dar paso a una intervención basada en la comunidad.⁸ Las personas que presentan trastorno mental no deben estar limitadas y aisladas en instituciones, sino que deben ser tratadas de forma activa y contando con el apoyo de sus comunidades.^{9,10} No es hasta la década de los años 80 cuando comienzan estos cambios en España.^{11,12,13} Éstos dan paso a un progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos, lo que incide positivamente en el desarrollo de una amplia red de servicios como son las unidades de hospitalización parcial, los ambulatorios, la atención domiciliaria..., que buscaban dar, en la medida de lo posible, una mayor prioridad a la persona centrándose en su recuperación desde un abordaje integral de la misma.^{11,13}

1. 2. Estigma y Salud Mental

A pesar de estos avances, tanto en la mejora de la calidad de vida de personas que presentan trastorno mental, como en el conocimiento de las enfermedades mentales y su tratamiento, el concepto de trastorno mental todavía sigue ligado al de estigma, lo cual produce un rechazo por parte de la sociedad de estas personas y del entorno que las rodea.^{14,15}

En sus orígenes, el término estigma estaba asociado a “*signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual con el estatus moral de quien los presentaba*”.¹⁵ Erving Goffman, sociólogo estadounidense, lo define por primera vez en el año 1963 como “*un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*.”¹⁶ Dicho de otra manera, “*un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente del resto y la tornaba a una categoría inferior*.”¹⁷

El estigma comprende tres componentes principales, todos ellos “*aspectos del comportamiento social*”^{18,19}: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Los primeros hacen referencia a perspectivas negativas acerca de un grupo determinado de personas; los prejuicios ocurren cuando las personas están de acuerdo con el estereotipo, creando en consecuencia, sentimientos y actitudes negativas hacia ese grupo de personas; y por último estos prejuicios pueden traer consigo una discriminación, esto es, actitudes de rechazo hacia estas personas.^{18,19}

Diferentes autores señalan que “*la concepción del estigma abarca distintos niveles de comprensión y análisis*”, y en referencia a la salud mental, se han diferenciado tres niveles que interaccionan entre sí: estructural, social e internalizado.¹⁶ En términos generales, en el nivel estructural se hace referencia al estigma que se produce a nivel institucional y legislativo; en el nivel social se refiere el estigma que deriva de la población en general, el rechazo por parte de la sociedad; y por último en el nivel internalizado se produce el llamado autoestigma, es decir, “*el estigma que siente cada persona.*”¹⁶

El estigma entonces se origina en el contexto social y varía según la cultura donde se desarrolle y el período histórico en el que se sitúe.¹⁵

Dos importantes estudios llevados a cabo en Polonia, publicados en los años 2000 y 2008, muestran que en la sociedad polaca las actitudes positivas hacia las personas que presentan trastorno mental han disminuido notablemente, siendo en un 60% las respuestas afirmativas que describen a estas personas de una manera ofensiva.¹⁴

En la literatura especializada se señala que el estigma es un fenómeno complejo, y combatirlo es una tarea y responsabilidad de muchos.¹⁷ Un papel importante en este aspecto, lo juegan los medios de comunicación,^{14,17} aportando estos, la mayor información sobre salud mental a la población (90%).¹⁷ Estos pueden aportar información fiable sobre los trastornos mentales, influyendo así de forma positiva en la visión que la opinión pública se hace sobre las enfermedades mentales.¹⁴ Sin

embargo, son muchos los estudios referidos a los medios de comunicación que muestran que en muchos casos son una herramienta que refuerza la opinión y la visión negativa que la sociedad tiene de esas personas.¹⁷

En un estudio realizado en Estados Unidos se analizaron diversos diálogos de diferentes programas de televisión, y una vez finalizado el análisis, se llegó a la conclusión de que la imagen que aportaban estos medios sobre la salud mental era violenta, de temor, de castigo..., mostrándose estos aspectos como inherentes a la persona con trastorno mental.¹⁷

Como se mencionó antes, los medios de comunicación aportan la mayor parte de la información sobre la salud mental a la población, por lo tanto, es evidente que resulta necesaria una sensibilización de los mismos para avanzar en la lucha contra este fenómeno.¹⁷

Así mismo, existen diferentes estrategias para la lucha contra el estigma. En España, varias Comunidades Autónomas poseen su propio "Plan Estratégico de Salud Mental", que tiene como principal objetivo responder a las preguntas y necesidades de las personas con trastorno mental además de a sus familiares y cuidadores.²⁰ En concreto, en Galicia, el plan actual vigente es el de los años 2006-2011. Uno de sus principales objetivos es la lucha contra el estigma, y para ello propone un programa que busca la sensibilización social y la lucha contra la exclusión social, promoviendo una reducción de las barreras y prejuicios que dificultan la integración de estas personas.²¹

Otras propuestas de lucha contra el estigma social son las estrategias educativas, y el contacto interpersonal con los miembros estigmatizados.¹⁹ Las primeras tienen grandes ventajas ya que son de bajo coste y consiguen un gran alcance poblacional, éstas se difunden a través de libros, videos, revistas...¹⁹ Por otra parte, el contacto interpersonal con los miembros estigmatizados puede traer consigo una disminución de los prejuicios...¹⁹ Actualmente se están estudiando mucho

estas estrategias por el fuerte impacto que ocasionan en la lucha contra el estigma, siendo las últimas más fuertes. Sin embargo, lo ideal sería realizar una combinación de estas dos estrategias.¹⁹

1. 3. Estigma, Salud Mental y Ocupación

La disciplina encargada de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación es la Terapia Ocupacional (TO).²² Dicho de otro modo, ésta está basada en el conocimiento de que el hecho de comprometerse con las ocupaciones da lugar a organizar la vida, contribuyendo así a una mejora de la salud y del bienestar personal.²³ En cuanto a las ocupaciones, Hinojosa y Kramer las entienden como *“un conjunto de actividades que las personas realizan para llenar su tiempo, dar sentido y significado a sus vidas, organizándose a través de diferentes roles con el objetivo de sobrevivir.”*²⁴ Otros autores como Wilcock aportan más a esta definición refiriéndose a ellas como un mecanismo a través del cual los seres humanos participan y contribuyen a la creación y desarrollo de sus comunidades²⁵ poniendo el énfasis en que la ocupación es única para cada individuo.²⁶ Por último, cabe mencionar a Kielhofner, quien hace especial hincapié en la naturaleza ocupacional de los seres humanos, pues la ocupación es inherente a las personas.^{24, 27}

Numerosos son los estudios que describen la importancia de la ocupación en relación con la participación activa en la vida ²⁸, así como para la mejora de la salud.²⁹ Estudios realizados en el Reino Unido y en Norteamérica han demostrado la importancia de la ocupación en la salud mental, aportando aquélla numerosos beneficios.²⁸ Entre éstos, se encuentran la reorganización de la vida diaria, la adquisición de habilidades, el disfrute, las rutinas, un ambiente seguro, sentimiento de identidad, sentimientos de significado y propósito, y un sentido de apoyo social con el compromiso con la ocupación. Todo esto trae consigo una mejora del autoconcepto y de la salud mental.²⁸

Otro estudio, indaga sobre el valor y significado de la ocupación desde la perspectiva de personas que presentan Trastorno Mental. Las personas a las que hace referencia el estudio, describen la participación en la ocupación como una fuente de motivación, además de identificarla como un medio para organizar y llenar el tiempo de una manera significativa.²⁶

Estas ocupaciones a menudo pueden verse alteradas por el estigma, y, en consecuencia, por el autoestigma, ya que, como apunta Kielhofner, *“el conocimiento de que uno es menos capaz que los otros o de lo que uno fue alguna vez puede ser una fuente considerable de dolor emocional. Por esa razón algunos se desvían de su camino para evitar situaciones que brindan oportunidades para el fracaso... cuando la vergüenza o el temor al fracaso de una persona gobierna su sentido de capacidad no hay incentivos para tomar riesgos, para aprender nuevas habilidades o para aprovechar mejor lo que uno tiene.”*²⁷

Esta vivencia del estigma puede provocar situaciones de privación ocupacional, es decir, la persona no puede realizar las ocupaciones que necesita y/o desea a causa de factores externos que limitan la participación en estas ocupaciones.³⁰ Esta situación puede influir de manera negativa en la salud, ya que está impidiendo que la persona realice, adquiera o disfrute de algo.³⁰ Como se indica en la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, *“Un individuo o un grupo, debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”*³¹

Por último, es importante destacar que tal y como indica la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), la TO se debe de entender en un contexto de Derechos Humanos, defendiendo así que todas las personas, sin distinción alguna, tienen *“derecho a participar en ocupaciones significativas que contribuyan positivamente a su propio bienestar y el bienestar de sus comunidades.”*³² Para ello cobra gran relevancia evaluar si los contextos les permiten llevar a cabo las ocupaciones que necesitan y desean hacer.³²

1. 4. Justificación

El presente estudio, tiene como principal objetivo explorar la percepción de personas que presentan trastorno mental, usuarias de un Hospital de Día de Psiquiatría, sobre el estigma social que se pueda generar en su entorno más cercano, y si consideran que éste influye de alguna manera en su participación social. Como entorno más cercano, en cuanto a la participación social, se toma como referencia el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional, que lo define haciendo referencia a la familia, los compañeros y amigos, y la comunidad.²³

Cómo se mencionó en el apartado anterior, las ocupaciones son inherentes a los seres humanos, necesitando de ellas para satisfacer sus necesidades, adaptarse al entorno y en definitiva, para sobrevivir.²⁶ Estas ocupaciones se organizan en las denominadas Áreas de Ocupación, siendo éstas: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio y tiempo libre, y Participación Social.²³

Varios autores coinciden en señalar que la participación social es una parte esencial de la vida humana, y la definen como *“la plena realización de los hábitos de vida que resultan de la interacción de los factores personales intrínsecos de la persona, (sus capacidades), con aspectos extrínsecos, (el medioambiente).”*³³ En líneas más generales, se define como *“patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.”*²³

Hay que destacar que la participación social influye notablemente en la salud, ya que tal y como verifica la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud (CIF), *“dentro del concepto de salud, se incorporan tres aspectos íntimamente relacionados: las funciones corporales (organismo), la capacidad para desempeñar actividades (actividad), y, por último, la participación social (participación).”*³⁴

La participación social en personas que presentan trastorno mental suele estar afectada por las propias consecuencias del trastorno.^{35,36} Esta situación puede verse reforzada ante la presencia del estigma social, ya que como se mencionó anteriormente, estas personas suelen estar en una situación de discriminación y de exclusión social.³⁷

No se puede olvidar que la *“Terapia Ocupacional se fundamenta en una visión holística, integral de la realidad y no se puede comprender el fenómeno de la ocupación si no se entiende el contexto en el que se desarrolla, y cómo este contexto condiciona, dicha ocupación.”*³⁹ Partiendo de este enfoque, se justifica que en este estudio se busque explorar el entorno de los participantes y el estigma social que pueda haber en él, a través de su propia percepción, extraída del análisis de sus historias de vida y situación personal.³⁹

2. Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud Mental: un estado de bienestar; 2014 [acceso 1 de marzo de 2015] Disponible en: http://www.who.int/features/facilities/mental_health/es/
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013
3. Datos sobre enfermedad mental. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social [sed web]*. Sevilla [acceso 1 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.1decada4.es/promedios/datos/>
4. Desviat M. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. CUTS. 2010; 23: 253-263.
5. Pileño Martínez M^a E, Morillo Rodriguez JF, Salvadores Fuentes P. Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Cultura de los cuidados. 2003: 13.
6. Novella EJ. Mental health care and the politics of inclusión: A social systems account of psychiatric deinstitutionalization. Theor Med Bioeth. 2010; 31: 411-427.
7. Bachrach Leona L. 1976. Desinstitutionalisation: An analytical review and sociological perspective. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
8. Freeman Hugh L, Eryers T, Henderson JH. 1985. Mental health services en Europe: 10 years on. Public Health in Europe 25. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
9. Ballerini A. La paradoja italiana: Expansión de la psiquiatría comunitaria y marginación de la psicopatología. ADP. 2002; 65: 13-26
10. Schmiedebach HP, Stefan P. Social psychiatry in Germany in the twentieth century: Ideas and models. Med Hist. 2004; 48: 449-472.
11. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. Rev Esp Salud pública. 2011; 85: 427-436

12. Carmona Calvo J, Del Río Noriega F. Análisis histórico de la reforma psiquiátrica en España. *Estudios de psicología*. 2010; 16 (3): 329-339.
13. Del Pino López R. Estrategia de bioética en el plan integral de salud mental de Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015; 35 (126): 341-353.
14. Podogrodzka – Niell M. Tyszkowska M. Stigmatization on the way to recovery in mental illness. The factors associated with social functioning. *Psychiatr. Pol*. 2014; 48 (6): 1201-1211
15. Aretio Romero A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *CUTS*. 2012; 23: 289-300.
16. Pérez Santos E, Sanz M, Muñoz M. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *APCS*. 2011; 7: 41-50.
17. Mena Jiménez AL. Bono del Trigo A. López Pardo A. Díaz del Peral, D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010; 30 (108): 507-611.
18. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M. Gullen, A.I. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1ª. Madrid: Complutense; 2009.
19. Patrick J, López M, Rüsçh N, Patrick WC. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *PSYE*. 2012; 4 (2): 183-194
20. Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental [monografía en Internet]*. Madrid. 2010 [acceso 15 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>
21. Márquez Gallego F. Plan Estratégico de Saúde Mental Galicia [monografía en Internet]*. Galicia: Xunta de Galicia: Consellería de Sanidade, 2007 [acceso 15 de marzo de 2015]. Disponible en:

<http://www.feafesgalicia.org/pdf/planestratexicosaudementa2006-2011.pdf>

22. WFOT (2001). World Federation of Occupational Therapists. [acceso 17 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org>
23. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
24. Romero Ayuso D. El sentido de la ocupación. TOG. A Coruña [Revista en Internet]. 2010 [acceso 20 de marzo de 2015]; 7 (6): 59-77. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf>
25. Wilcock AA. Occupation and Health: Are they one the same? JOS. 2007; 14 (1); 3-8
26. Mee J, Sumison T. Mental health clients confirm the motivating power of occupation. BJOT. 2001; 64 (3): 121-8.
27. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
28. Kally M, Lamont S, Brunero S. An occupational perspective of the recovery journey in mental health. BJOT. 2010; 73 (3): 129-135
29. Hall S, McKinstry C, Hyett N. An occupational perspective of youth positive mental health: A critical review. BJOT. 2015; 78 (5); 276-285.
30. Moruno Miralles, P. Fernández Agudo, P. Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [revista en Internet]; 2012 [acceso 20 de marzo de 2015]; monog. 5: [44-68]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>

31. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: OMS; 1986
32. Whalley Hammell K. Participation and Occupation: The need for a human rights perspective. CJOT. 2015; 82 (1): 4-8
33. Lariviere N. Analyse du concept de la participation sociale: définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. CJOT. 2008; 75 (2): 114-27
34. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales; 2001.
35. Calvo Leira M. Limitación en la participación social en pacientes diagnosticados de esquizofrenia desorganizada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [acceso 15 de febrero de 2015]; 7 (11): [11 p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso1.pdf>
36. García Alén, L; Talavera Valverde, M.A.; Díaz Polo, K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [acceso 15 de febrero de 2015]; vol. 10, supl. 8: p 89-91. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf>
37. Aguilar Palacios A. Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [acceso 26 de marzo de 2015]; 11 (20): [17 p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original1.pdf>
38. Simó Algado S, Sánchez Rodríguez O. Salud mental, estigma y ocupación. Óscar Sánchez: una vida ocupándose de aprender para construir el bienestar. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [acceso 7 de marzo de 2015]; 11 (20): [30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20pdfs/maestros.pdf>
39. Gómez Muñoz, C. Autoestigma en salud mental y/o drogodependencias: funcionamiento ocupacional. Una visión holística de la persona. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009

- [acceso 15 de marzo de 2015]; 6 (10): [17 p.] Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original1.pdf>
40. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, G. Vivar C. Investigación cualitativa: Manual para principiantes. 1ª ed. Pamplona: Eunate; 2012.
 41. Martínez, M. Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación. 1ª ed. México: Trillas; 1989.
 42. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
 43. Decreto 389/94 de 15 de diciembre, por la que se regula la salud mental en Galicia. Diario Oficial de Galicia. Consellería Sanidad y Servicios Sociales, nº 1, (2 de enero de 1995).
 44. CIE-10 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud (CIE-10). Madrid: Meditor; 2004.
 45. Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de la investigación cualitativa. Revista de psicodidáctica. 2003; 14; 5-40
 46. González Gil T, Caro Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Investigación [revista en internet]* 2010 marzo – abril. [acceso 23 de marzo de 2015]; volumen (45). [10 pags.]. Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf
 47. Asociación Media Mundial (AMM), (2008). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 56ª Asamblea General. [acceso 27 de marzo de 2015] Seúl, Corea: AMM. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

48. Consejo de Europa. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo relativo a los derechos y la biomedicina. Oviedo, 1997.
49. Amor Otero M, Arias Santos I, Cruz del Río J, Des Diz JJ, García Mayor R, Romez Besteiro I et al. Normas de la buena práctica en investigación en seres humanos. Guía para el investigador. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2007.
50. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 198, (14-12-1999).

3. Búsqueda bibliográfica

Durante los meses de enero y febrero de 2015, se ha realizado una búsqueda exhaustiva del tema de estudio en diferentes bases de datos, tales como: AMED, Web Of Science, Scopus, CSIC y Pumbed Central. Además se desarrolló una búsqueda en otras fuentes de información tales como Dialnet y Google Académico.

Los términos MeSH o palabras clave empleadas en la búsqueda en inglés han sido: “Social”, “Participati*”, “Interpersonal relation*”, “Occupati*”, “Mental health”, “Mental ill*”, “Occupational Therapy”, “Human rights”, “Social stigma”, “Recovery”.

Las palabras clave utilizadas en castellano han sido: “Terapia ocupacional”, “estigma social”, “estigmatización”, “trastorno mental”, “participación social”, “ocupación”.

Estos términos se combinaron entre sí mediante los operadores booleanos OR y AND para no perder información relevante y poder encontrar artículos sobre el tema a estudiar.

En total se escogieron 18 artículos (Ver Anexo I), los más relevantes han sido:

Scopus:

- Whalley Hammell K. Participation and Occupation: The need for a human rights perspective. CJOT. 2015; 82 (1): 4-8

Este artículo enfoca a la Terapia Ocupacional y la participación en las diferentes ocupaciones desde una perspectiva de Derechos Humanos. Se necesita entender la Terapia Ocupacional desde esta perspectiva, ya que todas las personas tienen el derecho a ser partícipes de las ocupaciones que necesiten y/o deseen. Es de gran relevancia destacar este artículo en este estudio ya que, como se ha comentado, el estigma social puede provocar limitaciones en

la realización y/o disfrute de las ocupaciones del individuo con Trastorno Mental.

Web Of Science:

- Kally M, Lamont S, Brunero S. An occupational perspective of the recovery journey in mental health. BJOT. 2010; 73 (3): 129-135
En este artículo se comentan los numerosos beneficios que aporta la participación en la ocupación en relación a la salud mental.
- Hall S, McKinstry C, Hyett N. An occupational perspective of youth positive mental health: A critical review. BJOT. 2015: 78 (5); 276-285.

Dialnet:

- Patrick J, López M, Rüsçh N, Patrick WC. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. PSYE. 2012; 4 (2): 183-194
Este artículo analiza el concepto de estigma en el contexto de enfermedad mental. Explica cómo se produce (haciendo especial hincapié en los tres aspectos principales del estigma: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación), y las consecuencias que puede provocar. Finalmente se comentan diferentes estrategias de lucha contra este estigma
- Simó Algado S, Sánchez Rodríguez O. Salud mental, estigma y ocupación. Óscar Sánchez: una vida ocupándose de aprender para construir el bienestar. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [7 de marzo de 2015]; 11 (20): [30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20pdfs/maestros.pdf>

Este artículo aborda los tres conceptos principales del presente estudio: Ocupación, salud mental y estigma. También hace referencia a la visión holística de la Terapia Ocupacional, a la

importancia de conocer y comprender los contextos y entornos en dónde se desarrollan las ocupaciones.

4. Premisa de estudio y objetivos

Partiendo de la premisa de que el estigma social influye de manera negativa en la participación social de las personas que presentan un trastorno mental, se proponen los siguientes objetivos.

Objetivo general:

- Explorar la percepción del estigma social en los usuarios de un Hospital de Día de Psiquiatría, y la influencia en su participación social dentro de su entorno más cercano.

Objetivos específicos:

- Conocer cómo perciben el estigma social los participantes y el significado que le atribuyen.
- Identificar la percepción personal de los usuarios acerca de su participación social.
- Profundizar en las vivencias, significados y experiencias respecto a la participación social de los participantes.
- Analizar cómo podrían verse afectadas las diferentes dimensiones de la participación social tomando como referencia el Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional.
- Explorar si el dispositivo en el que se encuentran influye positivamente en su participación social y en la disminución del estigma.

5. METODOLOGÍA

5. 1 Tipo de estudio

Este proyecto se realizará desde un enfoque cualitativo, ya que se pretende conocer las experiencias y vivencias relacionadas con el entorno de los participantes.⁴⁰

En cuanto al diseño del estudio, cabe destacar que se utilizará una perspectiva fenomenológica de tipo descriptivo, ya que *“estudia una realidad cuya esencia depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, una realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano.”*⁴¹ Éstos se basan en *“la descripción de la experiencia subjetiva de los individuos como base del conocimiento.”*⁴⁰

5. 2. Ámbito de estudio

El proyecto se llevará a cabo en un Hospital de Día de Psiquiatría localizado en la provincia de A Coruña (Galicia).

El decreto 389/94, por el que se regula la Salud Mental en Galicia (DOG. 2 de enero de 1995)⁴³ define “Hospital de Día” como *“centro de hospitalización parcial que tiene la misión de desenvolver funciones intermedias entre las unidades de Salud Mental y las unidades de hospitalización.”*

5. 3. Población de estudio

La población seleccionada para el estudio estará formada por personas diagnosticadas de Trastorno Mental usuarias de un Hospital de Día de Psiquiatría la Comunidad Autónoma de Galicia, concretamente en el Hospital de Día de Psiquiatría de Ferrol.

La población de este hospital comprende el área sanitaria de Ferrol y alrededores. Los usuarios que acuden a este centro se caracterizan por tener una media de entre 18 y 65 años, y haber sufrido una ruptura en su

ciclo vital en relación a su salud mental, habiendo recibido muchos de ellos un diagnóstico de Trastorno Mental. Son personas que en este momento necesitan un abordaje intensivo y estructurado orientado a la comunidad, ya que de ese modo se promueve el mantenimiento del individuo en su propio entorno social, laboral y familiar.

5. 4. Selección de usuarios

5. 4. 1. Muestra

El tipo de muestreo empleado será “teórico intencionado”, ya que se seleccionarán los participantes en respuesta al constructo teórico y a los datos emergentes del análisis; así mismo, se define como “intencionado” ya que este proceso de selección seguirá unos criterios de inclusión y exclusión establecidos por la investigadora, para así poder dar una aproximación al conocimiento del fenómeno.⁴⁰

La muestra estará comprendida inicialmente entre 6 - 8 participantes y si resulta necesario, se intentará alcanzar la saturación teórica, es decir, se conformará la muestra en cuanto los participantes ya no aporten información nueva.⁴⁰

5. 4. 2. Criterios de inclusión y exclusión

A la hora de seleccionar la muestra de estudio, se tendrá en cuenta el siguiente perfil de participantes. (Ver tabla I)

Tabla I: Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Tener \geq 18 años	No firmar el consentimiento informado para participar en el estudio
Ser usuario de un Hospital de Día de Psiquiatría	Que el personal del Hospital de Día considere que la persona no pueda ser partícipe del estudio en ese momento.
Haber sido diagnosticado de Trastorno Mental*	

* Conforme a la CIE-10 se enmarca el Trastorno Mental en el contexto del Hospital de Día, con diagnósticos de: Trastorno Psicótico, Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, Trastorno obsesivo – compulsivo y Trastornos del estado del ánimo.⁴⁴

5. 5. Entrada la campo

Tras la recepción del informe favorable del CAEIG (Anexo II) se establecerá contacto personal con el Jefe de Servicio del servicio de Psiquiatría de Ferrol. Una vez contada con su aprobación, este servicio facilitará el contacto con la coordinadora del Hospital de Día de Psiquiatría dónde se le informará de la intención de llevar a cabo el proyecto e informarle acerca del mismo. Una vez conseguida su autorización, se proponen diferentes pasos para llegar a los usuarios:

Primero, se llevará a cabo una reunión con los diferentes profesionales del centro para informarles acerca del proyecto a realizar. Seguidamente, con ayuda del personal de Terapia Ocupacional, se seleccionarán a los usuarios que cumplan los criterios de inclusión descritos previamente.

Cuando se tengan seleccionados los posibles participantes del proyecto, se les proporcionará la hoja de información dónde se les explicará la naturaleza y los objetivos del estudio (Ver anexo III). Además, se les entregarán los consentimientos informados y aquellas personas que deseen participar deberán firmar el mismo (Ver anexo IV).

Por último se recogerán estos consentimientos para así poder comenzar con la recogida de datos.

5. 6. Recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo a través de una entrevista semiestructurada individual, permitiendo recabar información sobre las percepciones, vivencias, sentimientos..., de los participantes acerca de su participación social en su día a día, además de conocer su percepción del estigma en su entorno más cercano (Ver anexo V).

La estructura de la entrevista tendrá dos ejes temáticos principales: la participación social y el estigma.

En cuanto a la duración, ésta será aproximadamente de 45 - 60 minutos, pudiéndose alargar o acortar según las preferencias y / o estado del participante.

La entrevista será realizada en una sala del Hospital de Día, preferiblemente una sala íntima, sin ruidos dónde la terapeuta y el participante puedan llevarla a cabo sin distracciones ni interrupciones.

Para garantizar la veracidad de los resultados, esta entrevista será grabada en audio, y posteriormente se realizará la transcripción de la misma.

5. 7. Plan de análisis de datos

Siguiendo el modelo propuesto por Miles y Huberman (1984), se procederá a una reducción de los datos en diferentes unidades y a una posterior clasificación de éstos en elementos de significado para poder sacar las conclusiones pertinentes.⁴⁵

El análisis será tipo inductivo, ya que a partir de datos concretos y de la comprensión de los mismos se descubrirán conceptos y aproximaciones al fenómeno.⁴⁰

Antes de proceder al análisis, se llevará a cabo la transcripción textual de las entrevistas, con el fin de obtener datos de calidad. El análisis se realizará mediante un proceso de codificación de datos, según el procedimiento que se señala a continuación:⁴⁶

- Primero, se llevará a cabo una lectura en profundidad de toda la información para dar sentido a los datos, y a su vez, se realizará una segmentación y codificación primaria. Ésta se realizará mediante la identificación de palabras y frases, en relación al objetivo de estudio.
- A cada código se le asignará el significado correspondiente.
- Seguidamente, se reagruparán los códigos obtenidos con el mismo significado en diferentes temas.
- Se describirá cada uno de los temas, y se interpretarán los mismos otorgándoles significado.
- A continuación, se realizará una revisión exhaustiva de los diferentes temas obtenidos, y finalmente se llevará a cabo el informe final sobre la aproximación interpretativa al fenómeno de estudio.

5. 8. Limitaciones del estudio

La descripción de la realidad objeto de estudio se puede ver limitada por el uso de una única técnica de recogida de datos, la entrevista. Sin embargo, se estima que si se realizan con suficiente tiempo y profundidad se podrían captar los matices que los participantes experimentan en el fenómeno de estudio.

5. 9. Rigor metodológico

Para garantizar la calidad de la investigación se llevará a cabo una evaluación del rigor metodológico.⁴² Los criterios empleados para realizar dicha evaluación serán:

- Credibilidad: Para garantizar que los resultados de la investigación reflejen la realidad de los participantes, las entrevistas serán transcritas textualmente.
- Transferencia: Este concepto hace referencia a que “*parte de los resultados, o su esencia, puedan aplicarse en otros contextos similares.*”⁴² Para posibilitar esto, se detallará todo el proceso de investigación así como el ámbito y la muestra de estudio.
- Confirmabilidad: Este término se refiere a “*demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador.*”⁴² Para llevar a cabo esto, se garantizará a través de la descripción detallada del estudio, los datos y el análisis.
- Dependencia: Con las estrategias anteriores se asegura la dependencia de esta investigación.

5. 10. Aplicabilidad

La finalidad de este estudio es la de explorar la percepción del estigma social en personas que presentan Trastorno Mental y si consideran que influye en su participación social en relación a su entorno más cercano. La aplicabilidad reside en varios aspectos:

- Proporcionar más evidencia científica a este fenómeno desde la propia perspectiva de los participantes.
- Apoyar planes de lucha contra el estigma.
- Generar el desarrollo de intervenciones desde Terapia Ocupacional y otras disciplinas que enfatizan en la participación social de personas con Trastorno Mental y el estigma como por ejemplo sensibilización o intervenciones dirigidas en y hacia la comunidad.

6. ASPECTOS ÉTICOS

En esta investigación se representarán las normas éticas y legales aplicables en particular a la Declaración de Helsinki⁴⁷ y el Convenio de Oviedo⁴⁸ y se seguirá el Código de Buenas Prácticas en Investigación⁴⁹ en su realización.

- Permiso Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia – CAEIG de Galicia (Anexo II).
- Hoja de información: Será imprescindible que tanto la Institución como los participantes lean la hoja de información, donde se les explicará la metodología, el objetivo y la naturaleza del estudio (Anexo III).
- Consentimiento informado: Será obligatorio que las personas que deseen participar firmen este consentimiento. Se les informará sobre sus derechos, entre ellos el de respeto a la confidencialidad acorde con la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal⁵⁰ (Anexo VI).

7. PLAN DE TRABAJO

El plan de trabajo del presente proyecto comprende el desarrollo del trabajo de investigación, el cual engloba la búsqueda y selección de informantes, la recogida de datos, el análisis de los mismos, la redacción del informe final, y por último, la difusión de los resultados (Ver tabla II).

- Si finalmente se ve necesario alcanzar la saturación teórica en la recogida de información, ésta puede variar en cuanto a duración en el tiempo.

Tabla III. Plan de trabajo

	SEPTIEMBRE 2015	OCTUBRE 2015	NOVIEMBRE 2015	DICIEMBRE 2015	ENERO 2016	FEBRERO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016	JULIO EN ADELANTE	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	■											
SOLICITUD DE PERMISOS CAEIG		■										
TOMA DE CONTACTO			■									
ENTRADA AL CAMPO				■								
SELECCIÓN DE INFORMANTES					■							
RECOGIDA DE DATOS						■	■					
ANÁLISIS DE DATOS							■	■				
ELABORACIÓN INFORME FINAL								■	■			
DIFUSIÓN DE RESULTADOS											■	

8. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se utilizará una doble estrategia para la difusión de los resultados, por un lado de mayor impacto y por otra, de mayor difusión.

Revistas

- ✓ British Journal of Occupational Therapy BJOT. ISSN: 0308-0226. Factor de impacto 2013: 0.892.
- ✓ Revista electrónica de Terapia Ocupacional Galicia (TOG) ISSN: 1885 – 527X.
- ✓ American Journal of Occupational Therapy. ISSN: 0272-9490. Factor de impacto 2012: 1.471
- ✓ Scandinavian Journal of Occupational Therapy. ISSN: 1103-8128. Factor de impacto 2014: 1.090
- ✓ Psychology, Society, & Education. ISSN:2171-2085

Congresos

- ✓ XVI Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CENTO) - 2016
- ✓ Convención anual de la Asociación Americana de Psicología.
- ✓ III Congreso Nacional de sensibilización al estigma social en salud mental previsto para 2016.
- ✓ XVII CLAMOC Panamá 2016.

Comunidad: Se difundirán también a través de diversas charlas informativas y campañas con colaboración de asociaciones, entidades y fundaciones de salud mental.

- ✓ Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Asturias.
- ✓ Confederación de Salud Mental España.

9. RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO

Para desarrollar esta investigación serán imprescindibles una serie de recursos que se muestran en la tabla III. Se estima que el coste total sea de 7.435,909€ como se refleja en la tabla III.

Tabla IV. Recursos necesarios y presupuesto

Recurso	Unidad	Coste / unidad	Total €
Humanos:			
- Terapeuta Ocupacional	-	-	-
Material Fungible:			
- Ordenador portátil Acer	1	399,99	399,99
- Impresora LaserJet HP Pro CP1025 Láser Color	1	105,00	105,00
- Grabadora de voz digital	1	47,99	47,99
Material Inventariable:			
- Material de oficina			200,00
- Cartuchos tinta para impresora.	3	47,00	141,00
Viajes: Vigo-Ferrol (10) 356 Km. /0.19€ / 27.50 peajes			951,40
Difusión de resultados			4.000,00
Imprevistos			300,00
Coste total €			7.435,909

10. POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN

Financiación pública

- ✓ Bolsas de la Diputación de A Coruña (investigación).
Convocatoria anual 2015.
- ✓ Convocatoria anual de la Xunta de Galicia.

Financiación privada

- ✓ Fundación Maphre. Ayudas a la investigación.
- ✓ Fundación Paideia, A Coruña. Si bien esta fundación no hace convocatorias públicas suele financiar proyectos en función de su interés y viabilidad, siempre que se vinculen con personas con la lucha contra la exclusión.

11. Agradecimientos

Especialmente a mis dos tutoras, las profesoras Nuria García Gonzalo y María Jesús Movilla Fernández por su apoyo constante y la supervisión de este trabajo.

A mis compañeras de promoción y de carrera, por todo su apoyo y motivación en momentos complicados.

12. ANEXOS

Anexo I. Búsqueda bibliográfica

Dialnet. Palabras clave utilizadas: “Estigma” y “Enfermedad mental”; “Ocupación” y “estigma”.

Artículos encontrados:

- Aretio Romero A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. CUTS. 2012; 23:289-300.
- Pérez Santos E, Sanz M, Muñoz M. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. APCS. 2011; 7: 41-50.
- Mena Jiménez AL. Bono del Trigo A. López Pardo A. Díaz del Peral, D. Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2010; 30(108): 507-611.
- Patrick J, López M, Rüsck N, Patrick WC. Constructs and Concepts comprising th estigma of mental illness. PSYE. 2012; 4 (2):183 – 194.
- Pérez Santos E, Sanz M, Muñoz M. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. APCS. 2011; 7: 41-50.
- Gómez Muñoz, C. Autoestigma en salud mental y/o drogodependencias: funcionamiento ocupacional. Una visión holística de la persona. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [acceso 15 de marzo de 2015]; 6 (10): [17 p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original1.pdf>

Web Of Science: Palabras clave utilizadas: “Occupati*”, “Participati*”, “Occupational Therapy”, “Recovery”, “Mental Health”, “Mental ill*”, “Stigmatization”:

Artículos encontrados:

- Podogrodzka – Niell M. Tyszkowska M. Stigmatization on the way to recovery in mental illness. The factors associated with social functioning. Psychiatr. Pol. 2014; 48 (6): 1201-1211
- Kally M, Lamont S, Brunero S. An occupational perspective of the recovery journey in mental Elath. BJOT. 2010; 73 (3): 129-135.

AMED: Palabras clave utilizadas: “Participati*”, “Occupati*”, “Occupational Therapy”, “Mental Health”, “Mental ill*”.

Artículos encontrados:

- Mee J, Sumison T. Mental health clients confirm the motivating power of occupation. BJOT. 2001; 64 (3):121-8.
- Hall S, McKinstry C, Hyett N. An occupational perspective of youth positive mental health: A critical review. BJOT. 2015: 78 (5); 276-285.
- Lariviere N. Analyse du concept de la participation sociale: definitions, cas d’illustration, dimensions de l’activitie et indicateurs. CJOT. 2008;75 (2): 114-27

SCOPUS. Palabras clave: “Human rights”, “Occupati*”, “Participati*”, “Occupational Therapy”.

- Whalley Hammell K. Participation and Occupation: The need for a human rights perspective. CJOT. 2015; 82 (1): 4-8

Revistas:

Revista de Terapia Ocupacional (TOG): Palabras clave: “Estigma”, “Ocupación”, “Salud Mental”, “Participación social”

Artículos encontrados:

- Romero Ayuso D. El sentido de la ocupación. TOG. A Coruña [Revista en Internet]. 2010 [20 de marzo de 2015]; 7(6): 59-77. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf>
- Calvo Leira M. Limitación en la participación social en pacientes diagnosticados de esquizofrenia desorganizada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [15 de febrero de 2015]; 7(11): [11 p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso1.pdf>
- García Alén, L; Talavera Valverde, M.A.; Díaz Polo, K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [15 de febrero de 2015]; vol 10, supl 8: p 89-91. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf>
- Simó Algado S, Sánchez Rodríguez O. Salud mental, estigma y ocupación. Óscar Sánchez: una vida ocupándose de aprender para construir el bienestar. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [7 de marzo de 2015]; 11(20): [30 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num20pdfs/maestros.pdf>
- Moruno Miralles, P. Fernández Agudo, P. Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2012 [revista en Internet]; 2012 [acceso 20 de marzo de 2015]; monog. 5: [44-68]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>

Anexo II. Informe CAEIG



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaría técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 940425
www.sergas.es/ceic



CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN Á REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dna.

Con teléfono de contacto: e-correo-e: @

Dirección postal:

SOLICITA a avaliación de:

- Protocolo **nov**o de investigación
 Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité
 Modificación ou **Ampliación a outros centros** dun estudo xa aprobado polo Comité

DO ESTUDO:

Título:

Promotor:

MARCAR si procede que confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código do protocolo:

Versión do protocolo:

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos
 CEIC de Referencia:
 Investigacións clínicas con produtos sanitarios
 EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)
 Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Investigador/es:

Centro/s:

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web da Rede Galega de CEIs, e comprométome a ter a dispor dos participantes os documentos de consentimento informado aprobados polo comité en galego e castelán.

En , a de de

Asdo.:

REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA
 Secretaría Técnica do CAEI de Galicia
 Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

Anexo III. Hoja de información al participante

TÍTULO: Relación de la percepción del estigma social y la participación social de usuarios de un Hospital de Día de Psiquiatría.

INVESTIGADOR: Lisa Vieites Rivera con DNI....., Estudiante de 4º Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña.

Este documento tiene por objetivo proporcionarle información sobre el estudio en el que está invitado a participar.

Lea con atención esta hoja para evaluar y juzgar si desea o no participar. En el caso de que tuviese alguna duda, no dude en preguntar lo que necesite o desee saber.

La **participación** en esta investigación es completamente **voluntaria** y **anónima**. Puede cambiar de decisión en cualquier momento y retirar el consentimiento informado sin la obligación de dar explicaciones.

El **objetivo** del presente estudio es el de explorar la percepción del estigma social en el entorno más cercano y explorar si influye en la participación social del participante según su percepción. Dando lugar a una mayor evidencia científica sobre este tema, de gran relevancia, para apoyar las políticas que luchan contra el estigma así como apoyar el desarrollo de intervenciones que enfatizan en el estigma y la participación social.

Su participación: Para poder cumplir con el objetivo del estudio, se le realizará una entrevista semiestructurada donde podrá expresar libremente su opinión acerca del tema de la investigación.

Confidencialidad: Sus datos están protegidos por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Intereses económicos: No habrá retribución económica, ni para usted ni para la investigadora.

Anexo IV. Consentimiento informado.

Documento de consentimiento informado para participar en un estudio de investigación.

Título del estudio: Relación entre la percepción del estigma social y la participación social de usuarios de un Hospital de Día de Psiquiatría.

Yo, _____ [Nombre y apellidos],
confirmo que:

- He leído la hoja de información al participante que se me entregó, pude conversar con Lisa Vieites Rivera y hacer todas las preguntas necesarias sobre el estudio.
- Recibí suficiente información tanto verbal como escrita sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que, si lo deseo, puedo retirarme en cualquier momento.

Doy así mi conformidad para participar en el estudio y doy el consentimiento para que mis datos sean utilizados en las condiciones detalladas en la hoja de información.

A Fecha ___ de ___ de 201__

La / el participante

La investigadora

Asdo:

Asdo:

Anexo V. Guion de entrevista

Si le hablo de “estigma social”, ¿qué significa para usted?

- Familia

Cuénteme como es la relación con su familia.

¿Qué actividades comparte con su familia?

Explíqueme con qué frecuencia ve a su familia.

En las actividades que realiza con su familia, cuénteme ¿cómo se siente?

¿Qué es lo que más le gusta de estar con ellos?

Del 1 al 4, siendo:

1

2

3

4

Nada

Poco

Bastante

Mucho



¿Cuánto cree que el estigma influye en estas relaciones? Cuénteme un poco qué significa ese valor para usted.

- Compañeros y amigos

Cuénteme como es su relación con sus amigos. ¿Qué es lo que más le gusta de ellos?

Hábleme un poco de las actividades que realizan juntos y descríbame con qué frecuencia las realizan.

En estas actividades que realiza con sus amigos, cuénteme ¿Cómo se siente? ¿Qué es lo que más le gusta de estar con ellos?

Del 1 al 4, siendo:

1

2

3

4

Nada

Poco

Bastante

Mucho



¿Cuánto cree que el estigma influye en estas relaciones? Cuénteme qué significa ese valor para usted.

Con respecto a sus compañeros del hospital de día, hábleme un poco de la relación que mantienen.

Cuénteme un poco las actividades que comparten juntos en el dispositivo.

¿Cómo se siente al estar con ellos? ¿Siguen compartiendo actividades fuera del dispositivo? Si es así, ¿Cuáles? ¿Con mucha frecuencia?

Del 1 al 4, siendo:

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho



¿Cuánto cree que el estigma influye en estas relaciones? Cuénteme qué significa ese valor para usted.

- Comunidad

En el barrio donde usted vive, ¿cómo es su día a día? ¿Realiza alguna actividad en su barrio?

Hábleme de la relación que tiene con los vecinos de su barrio.

¿Qué recursos de su comunidad conoce? ¿Utiliza alguno de ellos?

¿Cuales?

Del 1 al 5, siendo:

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho



¿Cuánto cree que el estigma influye en estas relaciones? Cuénteme qué significa ese valor para usted.

- Las preguntas numéricas se proponen para que la persona relacione el estigma con su participación social.