



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Participación social en la comunidad
en personas con trastorno mental grave
a través del deporte**

David Vilouta Pena

6 de junio de 2013

Directores:

- David Luaces Gudín. Terapeuta ocupacional. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad A Coruña.
- Pablo A. Cantero Garlito. Terapeuta ocupacional. Profesor de la Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha.

CONTENIDO

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1 Terapia ocupacional y Participación social en la comunidad	6
2.2 La participación social en personas con trastorno mental grave	7
2.3 La práctica deportiva en personas con trastorno mental	14
3. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	16
3.1 Hipótesis	16
3.2 Objetivo principal	17
3.2.1 Objetivos secundarios	17
3.3 Metodología	17
3.4 Ámbito de estudio	18
3.5 Entrada al campo	18
3.6 Selección de participantes	19
3.7 Etapas del proyecto	21
3.8 Desarrollo del trabajo de campo	22
3.9 Técnica de recogida de datos	23
3.10 Análisis de la información	24
3.11 Recursos	24
3.12 Rigor metodológico	25
3.13 Aspectos éticos	26
3.14 Intervención	27
4. RESULTADOS	29
4.1 Práctica deportiva	29
4.2 Red Social	32
4.3 Rol entrenador	36
4.4 Experiencia en el programa	38
4.5 Percepción social	42
5. DISCUSIÓN	43
6. CONCLUSIONES	45
7. BIBLIOGRAFÍA	46
8. AGRADECIMIENTOS	49

ANEXOS.....	51
ANEXO 1: Entrevista inicial	52
ANEXO 2: Entrevista final.....	53
ANEXO 3: Consentimiento informado del psiquiátrico.....	54
ANEXO 4: Consentimiento informado de la asociación.....	57
ANEXO 5: Consentimiento informado de los participantes.....	60
ANEXO 6: Consentimiento informado del club	63
ANEXO 7: Consentimiento informado de los padres de los niños	66

1. RESUMEN

Objetivos: Mejorar la participación en la comunidad de personas con trastorno mental grave a través del deporte, conocer los hábitos deportivos y la participación social de los participantes y averiguar posibles factores que puedan alterarla, así como valorar la percepción de los mismos en el rol desempeñado.

Metodología: Investigación cualitativa enmarcada en un paradigma de cualitativa genérica, llevada a cabo desde octubre de 2012 a mayo de 2013. El ámbito de estudio ha sido el Club Deportivo Conxo, cuyas instalaciones se encuentran dentro del Hospital Psiquiátrico de Conxo. Los participantes son personas con trastorno mental grave que han sido escogidas mediante un muestreo intencionado y bola de nieve. Se utilizan entrevistas semiestructuradas individuales, observación participante, observación no participante y un cuaderno de campo para la recogida de información. Se realiza una intervención durante el desarrollo del estudio.

Resultados: Una vez analizada toda la información emergen varias categorías de resultado del estudio que responden a los siguientes contenidos: “práctica deportiva”, “red social”, “rol de entrenador”, “experiencia en el programa” y “percepción social”

Conclusiones: Se evidencia la mejora de la participación en la comunidad a través del deporte, ya que éste es una ocupación significativa para los participantes del estudio, consiguiendo con ello una disminución del estigma y mejora de su desempeño ocupacional.

Palabras claves: salud mental, deporte, participación social, comunidad y terapia ocupacional.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Terapia ocupacional y Participación social en la comunidad

La terapia ocupacional nace en 1917 con la firma del certificado de la corporación que toma el nombre de National Society of the Promotion of Occupational Therapy (Sociedad Nacional para la Promoción de la Terapia Ocupacional), en la que confluyen varios tipos de creencias, entre ellas, la asociación entre estar ocupado y estar sano, la unión indisoluble e interdependiente entre el cuerpo y la mente, la función de la ocupación como reguladora de hábitos saludables, el valor productivo vocacional y educativo de la ocupación y el uso de la actividad como propósito basado en su análisis y graduación, su grado de consenso durante las primeras cuatro décadas de práctica fue elevado¹.

El marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional², apunta que el objetivo de la terapia ocupacional es apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. La contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento y habilidades para ayudar a los clientes (personas, organizaciones y poblaciones), a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y la participación².

El marco central de esta profesión se basa en la ocupación, que la usa para capturar la esencia y significado de la actividad diaria. La terapia ocupacional está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar. Como miembros de una comunidad global, los profesionales de terapia ocupacional abogan por el bienestar de todas las personas, grupos y poblaciones, con el compromiso de inclusión y no discriminación².

La gran cantidad de actividades u ocupaciones están ordenadas en categorías llamadas áreas de ocupación: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo,

juego, ocio y participación social. La AOTA define la participación social como patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social. Y dentro de esta área se encuentra la participación en la comunidad que se basa en actividades que resultan en una interacción exitosa a nivel de la comunidad, es decir, barrio, vecindad, organizaciones, trabajo, colegio, etc. De estas ocupaciones surgen los roles, es decir, comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden conceptualizarse y definirse posteriormente por el cliente. Los roles pueden proveer una guía para seleccionar las ocupaciones o pueden conducir a patrones de participación estereotipados y limitados².

Uno de los ámbitos de actuación de esta disciplina se enfoca en usuarios con problemas mentales. Colectivo que, como veremos a continuación, suelen presentar déficits significativos en su funcionamiento ocupacional.

2.2 La participación social en personas con trastorno mental grave

Los trastornos mentales representan una parte significativa de la carga de las enfermedades en todas las sociedades. Según datos del Instituto de Salud Carlos III se estima que el 30% de la discapacidad que se registra en nuestro país está motivada por patologías mentales³. A esto hay que sumarle su alta prevalencia, ya que una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida³. Y es que representan aproximadamente el 25 % del total de la carga global de las enfermedades. En el 2020 representará aproximadamente el 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. El impacto de los trastornos mentales es mayor en adultos jóvenes, el sector más productivo de la población. En las próximas décadas, los países en vías de desarrollo serán testigos probablemente de un incremento desproporcionado de la carga atribuida a los trastornos mentales que se

enfrentan a la estigmatización y discriminación en todas las partes del mundo⁴.

Para poder comprender los orígenes de los trastornos mentales y las tendencias en los cuidados y tratamientos, es necesario adoptar una perspectiva histórica. En este sentido en muchas sociedades durante siglos las interpretaciones de tipo espiritual o religioso han sido la base de los tratamientos de los trastornos mentales, y es que los primeros razonamientos médicos de la locura no inducían a la compasión ni a la tolerancia sino más bien implicaban que este estado de incapacidad física era debido a un exceso de las pasiones y así se justificaba el castigo. Con la llegada del tratamiento moral se produjo la desacreditación de los manicomios en sus aspectos humanitarios permitiendo el desarrollo del movimiento de la atención comunitaria y un proceso de reducción del número de pacientes crónicos en los hospitales psiquiátricos estatales. La investigación ha demostrado la efectividad de ciertas intervenciones psicológicas y psicosociales en la recuperación rápida y sostenida en el tiempo de trastornos mentales frecuentes, tales como depresión y ansiedad, así como en procesos crónicos tales como esquizofrenia⁴.

Las creencias, actitudes y reacciones sociales deciden muchos aspectos de la atención de salud mental, ya que las personas con enfermedad mental son miembros de la sociedad, y el ambiente social es un determinante importante de su evolución. Un ambiente social favorable contribuye a la recuperación y la reintegración, mientras que un ambiente negativo puede reforzar la estigmatización y la discriminación. Entre las medidas que pueden ser útiles para potenciar la participación de las comunidades locales están la difusión de información correcta sobre los trastornos mentales y la aplicación de recursos comunitarios a iniciativas específicas tales como el voluntariado. Traspasar la asistencia de las instituciones a la propia comunidad puede modificar las actitudes y respuestas de ésta y ayudar a que las personas con enfermedades mentales disfruten de una vida mejor. Uno de los mejores ejemplos de

cómo la comunidad puede tomar a su cargo el cuidado de las personas con enfermedad mental es el que ofrece la ciudad belga de Geel, marco en el que se sitúa el más antiguo programa comunitario de salud mental del mundo occidental. Desde el siglo XIII, y conforme a una costumbre cuyos orígenes quizá se podrían remontar al siglo VIII, enfermos mentales graves han sido acogidos por la iglesia de Santa Dimpna o por familias adoptivas de la ciudad, con las cuales han convivido a menudo durante decenios. Hoy esas familias de Geel atienden a unos 550 pacientes, la mitad de los cuales aproximadamente tienen trabajo en talleres protegidos⁵.

Con independencia de la situación económica del país, los recursos necesarios para financiar actividades, servicios y tratamientos son insuficientes. La realidad es que existen serias limitaciones, algunas ligadas a cuestiones como el estigma, y otras a la falta de integración con otras disciplinas médicas. Así, el número de personas con trastornos mentales es elevado y todavía hay un porcentaje significativo, mayor de lo deseado, que no recibe tratamiento ni ayuda. Es importante reconocer que en última instancia hay que elegir entre estrategias clave, estrategias que aborden mayor número de personas, más que entre trastornos concretos⁵.

Nuestro proyecto está enmarcado claramente en la comunidad, de ahí que pongamos de manifiesto, que el obstáculo más importante que hay que salvar en la comunidad es la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento. La lucha contra la estigmatización y la discriminación debe hacerse en varios frentes, fundamentalmente mediante la educación de los profesionales y los agentes de salud, el cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan y refuerzan el estigma, la prestación de servicios de salud mental en la comunidad y la aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos mentales⁵. Esta lucha se vislumbra como uno de los factores clave de los planes de actuación en personas con

enfermedad mental grave y crónica. Goffman⁶ definió el estigma como: “*un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente del resto y la tornaba a una categoría inferior*”. De esta manera aplicó el concepto de “*estigma negativo*” a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo⁷.

Hay que reconocer la importancia que desempeña la interacción social en el desarrollo del individuo y en establecer una relación directa entre la competencia social, la enfermedad mental y su posterior proceso de rehabilitación⁸. El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre estas es una constante en el marco de atención comunitaria en salud mental ya que parece evidente que son las personas afectadas por trastornos graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y los relacionados con el estigma que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes además de refractarios a la intervención⁹.

En el estudio de Krupa¹⁰ sobre la actividad y la participación social después de un primer episodio de psicosis se relata que después de éste se experimenta como un período de caos, con una ruptura abrupta de actividad significativa y la participación social. Y es que las personas con trastorno mental grave viven influenciadas de las opiniones de los demás, asumiendo así los estereotipos de peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de su propia enfermedad. Así se describe como la autoestigmatización conduce a una real desmoralización con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda, conductas similares a las de otras personas, tanto desacreditadas como

potencialmente desacreditables, utilizando terminología de Goffman⁶. En el estudio de Krupa¹⁰ se dice que una de las preocupaciones centrales de estos usuarios son los juicios sociales acerca de la enfermedad mental. En este mismo estudio se halló que las capacidades personales para participar en las actividades y la socialización se ven afectados por las funciones mentales y la fatiga¹⁰. Algo a tener en cuenta, es que existen pocos estudios como el de Walh¹¹, Ertugrul y Ulug¹², y Buizza et al¹³ que valoren la autopercepción del estigma por estos usuarios. La visión subjetiva del que padece la enfermedad en cuanto a cómo es percibido por los otros, especialmente los más próximos y sobre como su enfermedad influirá directamente en su integración en la comunidad a todos los niveles¹⁴.

Los estudios sobre programas o intervenciones para combatir la estigmatización también son escasos. Se resumen en 3 estrategias: Protesta, educación y contacto social. Siendo esta última la más importante para cambiar actitudes y conductas. Así existe información abundante sobre la utilidad de favorecer la interacción y su capacidad para poner en marcha a los participantes procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas, lo que se ve favorecido especialmente en situaciones de igualdad de estatus, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos intermedios. Es decir, de personas que no respondan básicamente al estereotipo ni se alejen demasiado de él, presentando enfermos perfectos, que parecen irreales y excesivamente disonantes. Y también de que las interacciones se produzcan en un mundo real y no solo en el laboratorio¹⁰.

Además de intervenciones específicas con sectores poblacionales concretos, si queremos llegar a la población general es necesario intervenir sobre el sistema educativo y a poder ser sobre lo que denominamos industria del ocio cuya capacidad de integrar información útil y repercusiones emocionales positivas y negativas es clara. Además

facilitar la interacción y los contactos sociales parece una estrategia útil en sí misma, la más indicada para cambiar no solo las creencias sino los sentimientos y posiblemente las conductas. Para ello, además de distintos programas concretos y locales basados en promover formas de interacción y trabajo en común, es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental. Se trata de ofrecer una visión de las personas ejerciendo roles normales que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo. Pero eso significa también que para ello hay que facilitarles oportunidades reales de vivir en la comunidad con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas¹⁰.

Del estudio de Emilio Sánchez¹⁵ se concluye que existe una relación positiva entre la participación en asociaciones de la comunidad (deportivas, religiosas, etc.) y la autoestima personal y colectiva. Asimismo le proporciona al usuario un sentimiento de utilidad¹⁵. Ya que las áreas que más preocupan a estos usuarios son la peligrosidad, culpa, pérdida de roles sociales y miedo al rechazo. El aspecto más destacado ha sido el de peligrosidad y luego el de pérdida de roles sociales lo que hace que influya negativamente en aspectos como encontrar empleo, relaciones sociales y sentimentales. Se debería tener en cuenta la pérdida de capacidades que influyen en la autoestima. El hecho de identificar los aspectos que preocupan más a las personas discriminadas resulta de utilidad para implementar estrategias que favorecen la reducción del estigma social en la comunidad y en las propias personas que lo padecen¹⁴.

La mayoría de la participación social de las personas con enfermedad mental se relaciona estrechamente con el ocio, ya que estos usuarios se encuentran en su gran mayoría sin actividad laboral, teniendo una gran

cantidad de tiempo libre en su vida. Los programas de desarrollo del ocio y tiempo libre representan una respuesta de salud mental comunitaria a la carencia de red social de apoyo que afecta a la población psiquiátrica crónica, y es que las actividades de ocio ayudan a llenar el vacío que se produce por falta de interés en la actividad y participación social debido a la fatiga, falta de concentración y alteración de funciones mentales^{10 16}. Algo asumido respecto a estos programas es que mejoran la calidad de vida de los usuarios a través de la instauración de lazos amistosos. Conviene destacar que las actividades y los recursos utilizados para su desarrollo, son normalizados y se realizan siempre en el entorno comunitario del sujeto para así facilitar su integración en la comunidad, independientemente del nivel de competencia de cada persona y del apoyo que se preste en la intervención^{16 20}. En las personas con trastornos de salud mental, los problemas que parecen tener son una gama limitada de ocupaciones, que tiene un impacto negativo en su calidad de vida, y además éstas participan en un menor número significativo de actividades de la comunidad como explica Brown¹⁷ en su estudio, y esta idea es corroborada por estudios posteriores de Minnato y Zemke¹⁸ y Bejerholm y Eklund¹⁹ en los cuales además se refleja que el ocio practicado era más pasivo, con menos responsabilidades.

Y es que estas personas reconocen tener un desequilibrio ocupacional pero que se opta por limitar sus actividades a mantener su salud, aunque las personas con trastorno mental aspiran a trabajar en el futuro y querer participar en diferentes actividades ocupacionales, que muestren reconocimiento de lo que son en lugar de hacer juicios sobre lo que no son^{20 21}. Robert W. Gibson²¹ indica en los resultados de su estudio, que la evidencia del entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la participación de las personas es de moderado a fuerte.

De este modo, la mayoría de los programas de participación social y ocio que realizan los distintos centros o asociaciones de salud mental son encaminados a un ocio, en el cual el usuario experimenta un rol de

participante, ya bien sea en un ocio supervisado, en el cual el papel del profesional es relevante en cuanto que facilitan, acompañan y/o supervisan la actividad durante todo el proceso, como pueden ser salidas culturales, deportivas o recreativas. También existe un ocio no estructurado, el cual se realiza sin la intervención directa de profesionales en su configuración o mantenimiento, como puede ser el cine, teatro, cafeterías. Y por último está un ocio estructurado, el cual hace referencia a la integración de los usuarios en recursos comunitarios estructurados, un ocio más exigente que demanda un compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a la red social básica y donde el profesional orienta e informa de los recursos existentes, como pueden ser acudir a clases de pintura, un taller de fotografía, ir a un gimnasio, etc.¹⁵. Y es que en las zonas urbanas, las actividades de la comunidad ofrecen los medios para producir una inclusión social y para participar en la comunidad por parte de estas personas. En la comunidad las actividades pueden dividirse en siete ámbitos de la vida: empleo, la educación, el voluntariado, el arte, la fe y la cultura, deportes y ejercicio. Y en los barrios locales también existen recursos posibles. Estos dominios ofrecen un marco útil de base con la que explorar la evidencia para la participación laboral y la inclusión social, ya que el dominio del empleo tiene la evidencia más fuerte de base con respecto a su potencial para el desarrollo social y creciente inclusión²⁰.

Gemma Dorer²⁰ identifica los terapeutas ocupacionales como expertos en hacer, ayudar a las personas a desarrollar sus habilidades y superar obstáculos con el fin de participar en actividades que apoyen el desarrollo y mantenimiento de una buena salud mental y promover el desarrollo social y la inclusión.

2.3 La práctica deportiva en personas con trastorno mental

Una actividad importante y, a tener en cuenta, para lograr la participación social es el deporte. El deporte es uno de los fenómenos

más populares de nuestro tiempo. Es en él donde se producen y expresan algunos de los grandes valores de la sociedad contemporánea²².

Desde el punto de vista social, la práctica deportiva facilita las relaciones, canaliza la agresividad y la necesidad de confrontación, despierta la sensibilidad y la creatividad y contribuye al mejoramiento del clima social. Quizás sea la práctica deportiva el único fenómeno que rompe las barreras de clase en cuanto se refiere a participación social. La mayoría de la población continúa contemplando el deporte como una actividad individualmente saludable e higiénica, y socialmente provechosa e interesante²².

En algunas encuestas realizadas a la población española se revela que un 7% de la población española considera el deporte como relación social (permite hacer amigos) y un 4% al deporte como formador de carácter (ayuda a superar obstáculos)²³. Y es que en nuestra sociedad diversos sistemas de valores se configuran mediante el deporte: procesos de identificación colectiva, de iniciación social, etc. El deporte interfiere plenamente en la vida cotidiana, influye en los procesos de socialización y constituye un punto de referencia clave para los procesos de identificación social de mucha gente²².

El deporte es un instrumento de transmisión de cultura que va a reflejar los valores básicos del marco cultural en el que se desenvuelve. Y es que: *“desde el punto de vista del deporte, la identidad se inscribe a la vez en signos objetivos y en sentimientos que constituyen un conjunto relativamente coherente”*²². Así, el grupo deportivo aparece como una esfera de participación social y de familiaridad constitutiva conjuntamente de procesos identitarios. Su poderoso atractivo favorece en la socialización de las personas²².

La actividad física y el deporte forman parte de la etapa de formación de las personas y se convierten en elementos de relación y de motivación desde la perspectiva física, psíquica y social. En muchos casos la práctica

deportiva es habitualmente la técnica terapéutica, estimuladora y rehabilitadora y es, además, la herramienta principal que aporta la mejora de su integración y de su autoestima, en cuanto a su entorno social. La actividad física y deportiva son consideradas fuentes importantes de salud y felicidad humana. Con la práctica deportiva se consigue la conservación y, si es posible, la mejora de las capacidades físicas y mentales. Además se aumenta la autoestima, la autoconfianza en las capacidades de las personas y sus competencias y se favorece el proceso de socialización y normalización de estas personas en la colectividad general. Posee beneficios en cuanto a que se incrementa el equilibrio psíquico con la reducción de agresividad, el autocontrol y la reducción de angustia y ansiedad. Y se mejoran las vivencias de comportamiento social, con una mayor aceptación de la propia realidad potenciando el trabajo y la vida en grupo²⁴.

Por todo ello, se entiende la necesidad de llevar a cabo programas o acciones encaminadas a la mejora de participación social de las personas con trastorno mental grave, y una ocupación a tener en cuenta para lograrla es el deporte.

3. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

3.1 Hipótesis

Se planteó como hipótesis de este trabajo la mejora de la participación social, concretamente en la comunidad, de personas con trastorno mental grave a través del deporte que se realiza en su comunidad, lo que favorecerá una mejora de su salud y bienestar, fomentando la autonomía personal dentro de su entorno social. Cabe decir, que en investigación cualitativa no existe la necesidad de plantear una hipótesis a verificar, ya que se está abierto a todas las hipótesis plausibles y se espera que la mejor emerja del estudio de los datos y se imponga por su fuerza convincente. Las hipótesis son provisionales y se van modificando durante el proceso ^{25 26}.

3.2 Objetivo principal

Comprobar si se produce una mejora en la participación social en la comunidad de personas con trastorno mental grave a través de la práctica deportiva.

3.2.1 Objetivos secundarios

- Explorar los intereses y la participación en actividades físicas y deportivas.
- Conocer la percepción de los usuarios sobre su participación social y más concretamente en la comunidad.
- Identificar algunos factores que pueden favorecer y disminuir la participación social en la comunidad de las personas con trastorno mental.
- Conocer la percepción de su rol como ayudantes de entrenador dentro de un grupo en un contexto comunitario.

3.3 Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa porque se busca comprender la complejidad de un fenómeno social a partir de los significados que le ocurren a los sujetos. Se ha explorado la realidad mediante una metodología cualitativa genérica, que es aquella que no es guiada por un conjunto explícito o establecido de suposiciones filosóficas en la forma de una de las metodologías cualitativas conocidas, en general el foco del estudio de esta metodología está en la comprensión de una experiencia o un evento, en este caso de la experiencia de los usuarios en el programa. El uso de la metodología cualitativa genérica permite descubrir y comprender el fenómeno, el proceso o las perspectivas y visiones por parte de las personas involucradas sin centrarse en aspectos como la cultura o la construcción de la teoría^{25 27}.

Para este tipo de estudios cabe comentar la posición del investigador, la cual fue de observador de los sucesos ocurridos, de participante de la

intervención que se produzca con motivo del estudio y de guía de los usuarios del estudio²⁵.

Los métodos utilizados para llevar a cabo el trabajo han sido: de observación participante, ya que este método se utiliza para investigar una situación desde dentro, es útil cuando el foco de interés es el modo en que las actividades e interacciones dentro de un marco dan significado a las creencias y comportamientos. Y además, es coherente con la suposición de que todos en un grupo están influenciados por supuestos o creencias que dan por sentado. Además se realizarán entrevistas semiestructuradas con preguntas cerradas y abiertas que ponen de manifiesto información relevante de los participantes del estudio en él mismo^{26 27}.

3.4 Ámbito de estudio

El proyecto se llevó a cabo en las instalaciones de A Mercé del Club Deportivo Conxo, en Santiago de Compostela, instalaciones que se encuentran dentro del recinto del Hospital Psiquiátrico de Conxo, perteneciente al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. El hospital psiquiátrico cuenta con unidades de larga estancia, una unidad cerrada penitenciaria y una unidad de rehabilitación psicosocial, la cual es la única que existe en la provincia de A Coruña.

El CD Conxo, cuenta con diferentes equipos de base, de los deportes de fútbol y balonmano, entre edades comprendidas de los 6 a los 19 años. El club cuenta con alrededor de 300 niños/as que practican deporte en sus instalaciones.

3.5 Entrada al campo

La entrada al campo se realizó por medio de la terapeuta ocupacional de Conxo, la cual nos remitió a una asociación, que trabaja en el beneficio de personas con trastornos mentales, esta asociación realiza los viernes en el campo municipal de A Mercé en Conxo una actividad de fútbol, en la cual usuarios con problemas de salud mental y personas

voluntarias, entrenan y disputan varios partidos de fútbol al año. Durante varios meses previos al inicio del estudio se ha colaborado en este equipo de fútbol, produciéndose un contacto y acercamiento con los usuarios del estudio.

3.6 Selección de participantes

La elección de participantes se llevó a cabo por medio de un muestreo intencional, en el cual los usuarios no son elegidos al azar, sino de alguna forma intencional, y el método se llevó a cabo, por medio de una entrevista previa con la terapeuta ocupacional de Conxo y el director de la asociación, escogiendo a los participantes que parecieron ser los más idóneos y representativos para el estudio según sus gustos y aficiones, debido a ser el deporte, y en concreto el fútbol, una actividad significativa. Otro método de elección de éstos ha sido por muestreo de bola de nieve, ya que otros usuarios entraron en el programa al enterarse del mismo por los participantes o la terapeuta de Conxo ^{26 27}.

A continuación se muestran una serie de perfiles de los distintos participantes del estudio (Tabla I), así como los criterios de inclusión y exclusión del estudio (Tabla II):

Tabla I- Perfiles de los participantes del estudio. Elaboración propia

USUARIO	EDAD	SEXO	TRASTORNO MENTAL	LOCALIDAD DE RESIDENCIA
U1	35	MUJER	Trastorno mental grave	Conxo
U2	32	HOMBRE	Trastorno bipolar 1	Santiago-Pontepedriña
U3	31	HOMBRE	Esquizofrenia paranoide	Cancelas
U4	31	HOMBRE	Esquizofrenia paranoide	Santiago-Mazarelos
U5	33	HOMBRE	Esquizofrenia paranoide	Conxo
U6	32	HOMBRE	Esquizofrenia paranoide	Conxo
U7	27	HOMBRE	Trastorno personalidad esquizoide	Los Tilos-Teo

Tabla II- Criterios de inclusión/exclusión de los participantes del estudio. Elaboración propia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estar diagnosticado de trastorno mental grave	No presentar ninguna discapacidad o patología mental.
Mayor de 18 años	Menor de 18 años
Firma del consentimiento informado	Expresar su deseo de no querer participar en el estudio
Residir cerca del barrio de Conxo (menos de 5 km.)	Tener el barrio de Conxo fuera de su comunidad próxima (más de 5 km.)

3.7 Etapas del proyecto

A continuación se muestra una tabla que muestra el cronograma llevado a cabo durante el estudio (Tabla III):

Tabla III- Cronograma del estudio. Elaboración propia

	Oct- Nov	Diciembre- febrero	Marzo	Abril	Mayo
1. Descripción del problema					
2. Revisión bibliográfica					
3. Descripción metodología					
4. Trabajo de campo					
5. Análisis de la información					
6. Resultados y conclusiones					

Durante la realización de las prácticas de la carrera por parte del investigador, se comprobó de primera mano los problemas que los usuarios con trastornos mentales graves poseían en cuanto a su participación social, y más concretamente, en la comunidad, ya que la casi totalidad de los usuarios del centro donde se desarrollaron las prácticas no se realizaban actividades fuera del centro, las únicas que realizaban eran visitas culturales o acudir al gimnasio un día a la semana. Además estos usuarios tenían predilección por temas deportivos, ya que la mayoría de sus conversaciones se centraban en el deporte, y en especial, el fútbol. De ahí surgieron las cuestiones del problema del estudio

Se comenzó con una búsqueda bibliográfica sobre la temática relacionada en bases de datos como Pubmed, Dialnet, Isoc, Sportdiscuss y google académico con los términos en español e inglés: salud mental

(mental health), deporte (sport), participación social (social participation), comunidad (Community Participation y community) y terapia ocupacional (occupational therapy). Estos términos han sido buscados usando operadores booleanos (and y or).

Tras la búsqueda bibliográfica, se comenzó a definir la metodología del proyecto, los objetivos y los métodos de recogida de información.

A continuación se procedió a la reunión con la terapeuta del centro y la directora de la asociación para explicarles el programa y que firmarán los consentimientos informados (ver Anexos 3 y 4), además junto con ellos se elige a los participantes más idóneos para el estudio. Una vez escogidos los participantes se procede a reunirse con ellos para explicarles el programa, la firma de los consentimientos informados (ver Anexo 5) y la realización de las entrevistas iniciales (ver Anexo 1).

Posteriormente se realizó una reunión con el presidente del C.D. Conxo para informarle sobre el programa y firma de consentimiento por su parte (Anexo 6), y por último producirse la misma escena con los padres de los niños del equipo participante en el estudio (ver Anexo 7).

Tras la firma de todos los consentimientos y la realización de las entrevistas iniciales se comenzó con el trabajo de campo, con las sesiones con los usuarios, comenzando el día 5 de abril y finalizando las mismas el día 5 de mayo. Al finalizar la última sesión se realizó a los participantes una entrevista final (ver Anexo 2).

Por último se procedió a analizar los resultados y determinar las conclusiones del estudio.

3.8 Desarrollo del trabajo de campo

Esta fase se centró en la recogida de información necesaria para responder a los objetivos de la investigación. Ésta se realizó por medio de entrevistas a los participantes, observación participante del investigador,

observación no participante a través del investigador y la terapeuta ocupacional de Conxo y notas del cuaderno de campo.

El trabajo de campo se inició una vez definida la metodología, explicado el proceso y funcionamiento del estudio y firmados todos los consentimientos informados. Al mismo tiempo se definió una intervención a llevar a cabo en el transcurso del trabajo de campo, por medio de sesiones que se explicaran en la intervención.

3.9 Técnica de recogida de datos

La recogida de datos se realizó de diversas formas

- **Entrevista individual semiestructurada:** Esta herramienta se utiliza con la finalidad de conocer la situación previa del usuario sobre su participación social y la misma al término del estudio. La entrevista inicial (ver Anexo 1) se realizó entre la firma del consentimiento y antes de la primera sesión. Y la entrevista final (ver Anexo 2) tuvo lugar al término de la última sesión. Las entrevistas se han realizado de forma individual, estando presente sólo el investigador y el usuario. Además se han grabado con grabadora para su posterior transcripción. Las entrevistas tuvieron lugar en las oficinas del club, para que el usuario se fuera familiarizando con el lugar, además se le comunicó que podía parar o no contestar alguna pregunta en el momento que quisiese ^{26 28}.
- **Observación participante y no participante:** Se realizó una observación participante en la que el investigador participa en ocasiones en la acción y otras no. Participante en el sentido que el investigador propondrá posibles actividades y observando la reacción de los participantes. Y no participante en la que el investigador se limita a observar y recabar datos de interés del estudio. La observación no participante también es llevada a cabo por medio de la terapeuta ocupacional de Conxo ^{26 28}.

- **Cuaderno de campo:** Documento que utiliza el investigador para hacer anotaciones de todas aquellas observaciones y elementos a tener en cuenta durante la intervención ^{26 28}.

3.10 Análisis de la información

En base a la metodología del estudio se procedió a un análisis cualitativo. Este tipo de análisis es un proceso sistemático, riguroso y creativo que consiste en clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos. Es necesario señalar que es un proceso en continuo progreso, flexible y circular, que se lleva a cabo desde el inicio de la recogida de datos ²⁸.

Este proceso comenzó con la transcripción de las entrevistas, asignándole un código a cada participante, con el cual se les identificará posteriormente. Después, se realizó un análisis de la información por parte del investigador para luego proceder a un trabajo de creación de categorías, utilizando un enfoque inductivo, el cual permite que las categorías emerjan de los datos de acuerdo a la información que resulta significativa para los participantes y para los objetivos del estudio. Después de la creación de las categorías se avanzó hacia la descripción profunda de las mismas. El análisis de la información se realizó por parte del investigador principal y, a continuación, conjuntamente con la terapeuta ocupacional de Conxo, para así proceder a triangular la información ²⁶.

Las categorías resultantes del análisis de la información se encuentran descritas de forma detallada en los resultados.

3.11 Recursos

En cuanto a los recursos materiales del estudio se ha utilizado una grabadora de voz para las entrevistas. Además se han utilizado recursos del club, como las instalaciones para dar las diversas charlas sobre el proyecto a los padres y participantes.

Dentro de la intervención se ha empleado siempre material del club como ordenadores, balones, petos, sudaderas, chubasqueros, conos, porterías, etc. Así como el propio campo de fútbol de Conxo, lugar donde se ha desempeñado el trabajo.

Cabe citar un recurso humano importante de la intervención como son los entrenadores del club y personal del club, los cuales han sido parte fundamental del proyecto.

3.12 Rigor metodológico

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo, y por consiguiente su rigor metodológico son la dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad²⁹.

La dependencia o consistencia se da si al reproducir el estudio se producen datos semejantes. Para conseguir este criterio se llevan a cabo estrategias de triangulación, empleando diferentes fuentes y métodos de recolección de datos y comparando puntos de vista desde distintas perspectivas: la terapeuta de Conxo o el personal del club^{29 30}.

La credibilidad se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes del estudio recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como verdaderamente aproximados a lo que ellos piensan o sienten. Esto se ha logrado por medio de la descripción detallada de la realización del estudio y al contrastar distintas fuentes de información: personal del club, terapeuta de Conxo y el propio investigador^{29 30}.

La auditabilidad, también llamada confirmabilidad, se produce en las técnicas de triangulación y en las diferentes fuentes y métodos de recogida de datos, como han sido la transcripción literal de las entrevistas^{29 30}.

La transferibilidad se refiere al grado en que los resultados obtenidos se puedan producir en otros contextos. El método empleado para lograr la transferibilidad es un muestreo intencional en el que se escogen los participantes por reunir una serie de criterios adecuados para el estudio ²⁶
²⁷.

3.13 Aspectos éticos

Para asegurar la ética del estudio se realizaron una serie de acciones. De forma individual se realiza una reunión con cada uno de los participantes, en la cual se les explica el funcionamiento y las consideraciones oportunas acerca del estudio, a continuación, se les proporcionó el consentimiento informado para que lo firmen, exponiendo que la información obtenida será manejada bajo confidencialidad siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

Para salvaguardar la identidad de las personas que participan en este trabajo, se le asigna un código de identificación a cada uno de ellos con la letra "U" y un número según el orden en el que fueron entrevistados.

Los usuarios saben de antemano que pueden abandonar la sesión o el proyecto en el momento que ellos quieran o consideren oportuno.

Se le ha pedido consentimiento informado también a las personas que han servido como porteros para realizar el estudio, así se procede a reunirse y explicarle el estudio a: al jefe de servicio del hospital psiquiátrico de Conxo, a la presidenta de la asociación y al presidente del Club Deportivo Conxo, los cuales firman el consentimiento informado para producirse la entrada al campo.

Por último se ha producido una reunión con los padres de los niños del equipo participante en el estudio, a los cuales se les explicó los motivos y dinámica del estudio, para luego proceder a la firma del consentimiento informado.

Este proyecto será sometido al comité ético de la universidad da Coruña (UDC).

3.14 Intervención

Las sesiones se realizaron una por semana, salvo la semana que acudieron al partido que fueron dos. Los participantes asistieron en grupos de dos y tres personas a las sesiones. Se determinaron unos objetivos para cumplir durante la intervención, los objetivos se propusieron en aumento, en progresión por sesión, sumando los nuevos a los de la sesión anterior.

La complejidad de las actividades a realizar por los usuarios aumentó de dificultad en relación a criterios sobre fútbol y actividad física.

Las sesiones de los usuarios tenían un tiempo aproximado de 130 minutos, repartidos en 30 minutos previos al entrenamiento de los niños, los 90 minutos de entrenamiento y 5 o 10 minutos finales de coloquio final entre participante e investigador para comentar las impresiones y sensaciones durante la sesión.

La intervención se enfocó con el objetivo de favorecer la integración de los usuarios dentro del grupo y mejorar su participación comunitaria.

Sesión 1

- Presentación mutua entre el equipo y los participantes del programa.
- Apoyo en la preparación del material de la sesión.

Sesión 2

- Co-dirigir ejercicios junto con el entrenador (interacción).
- Dirigir movilidad articular y estiramientos en la sesión: no realizarlos sino indicarle el orden a realizar.

Sesión 3

- Planificar el calentamiento.

- Dirigir el calentamiento.

Sesión 4

- Planificar ejercicios de parte específica del entrenamiento.
- Dirigir grupos de niños en ejercicios específicos de la sesión.

Sesión 5

- Asistir a un partido oficial del equipo
- Formar parte del cuerpo técnico

Para entender el orden de complejidad de ejercicios y la evolución, cabe citar que las sesiones de entrenamiento en fútbol llevadas a cabo dentro del club se dividen en 3 partes:

- Calentamiento: en la cual se realiza la movilidad articular, carrera continua y algún juego de calentamiento. Parte común a cualquier deporte.
- Parte específica: parte en la cual se realizan tareas específicas del fútbol, ejercicios destinados a entrenar aspectos concretos del deporte.
- Vuelta a la calma: parte en la cual se realizan los estiramientos de las zonas trabajadas en la práctica deportiva.

Antes de cada sesión se citó al usuario media hora antes para explicarle los objetivos a cumplir por su parte, las actividades que debe realizar y todos los ejercicios que los niños realizarán durante la sesión.

La última sesión, la del partido, el usuario asistió a un partido oficial del equipo, en el cual desempeñó las labores aprendidas en las sesiones anteriores como un integrante más del cuerpo técnico del equipo, acudiendo a la hora de convocatoria, presente en la charla técnica, en el banquillo durante el partido, etc.

4. RESULTADOS

Del análisis del contenido de la información se extrajeron varias categorías de significado, que emergen del análisis de la observación, de las notas del cuaderno de campo, y en especial, del “*verbatim*” de las entrevistas realizadas a los participantes³⁰.

4.1 Práctica deportiva

Esta categoría subyace de forma importante en el estudio. En este caso, el deporte es la herramienta fundamental de la intervención para conseguir una mejor participación en la comunidad. La totalidad de los participantes resaltan la importancia de practicar deporte, de realizar actividad física, por varios motivos.

Como se pueden comprobar por los comentarios de los participantes, destacan la importancia que tiene la actividad física para el organismo, para la salud de las personas y las sensaciones que a alguno les produce, como destaca el U2: *“es lo mejor que hay, es desestresante, bueno pa tu salud, bueno pa todo”* y también U5: *“Pienso que es fundamental para... para que los chicos crezcan hasta una relativa edad y luego pues mantengan en un gimnasio esa forma física, pero desarrollarla en los primeros años de juventud es fundamental”*.

Además alguno de ellos muestra con sus palabras como la actividad física y el deporte pueden abrir metas dependiendo de la forma en que lo practiques o te esfuerces, así U4 dice: *“Pues... que es una cosa muy sana que abre metas dependiendo del objetivo que tengas. Por ejemplo si quieres llegar a... algo en el deporte que practiques o simplemente que lo hagas porque es sano... pues la meta... está ahí el practicarlo y nada más”*. Cabe destacar, para comprobar la importancia de la actividad física para ellos, que comentan en sus entrevistas como sus familiares o amigos cercanos practican algún tipo de deporte, como ejemplo, es de resaltar las palabras del U1: *“mi hija, practica atletismo”* *“Nunca la he visto, pero me gustaría”*.

Casi la totalidad de los participantes ha realizado algún deporte a lo largo de su vida, ya fuera de forma más informal, o llegando incluso alguno a jugar en algún equipo federado: U4: *“Pues si he practicado ya desde hace algunos años la autodefensa personal, como el kickboxing, el mao tai, lo que combinado se le conoce como valetudo, también estuve en otros gimnasios practicando el kung fu y aparte estoy en lo de la asociación que es el fútbol”*. *“Pues ahora en estos momentos estoy bastante parado por el tema económico que me ha sorprendido así de repente, como a todo el mundo porque ahora no se puede acceder a los gimnasios como uno quisiera pero si puedo correr por la calle que también me gusta, puedo jugar al fútbol con los de la asociación”*, U5: *“He tenido vínculos con algún deporte si, fútbol y baloncesto sobre todo”*. *“He practicado los dos e incluso en baloncesto jugué en una liga a nivel comarcal “*. *“Ahora mismo no, voy al gimnasio voy una hora más o menos o así”*.

Además muchos de ellos aún realizan algún tipo de práctica deportiva como U2: *“Si, bicicleta y correr”*; y U3: *“Con el equipo de los tornillos de la asociación (fútbol) y un poco de gimnasio por mi cuenta”*.

Cabe destacar de estos comentarios el resultado de que algunos participantes realizan deporte a través de la asociación, como son U2, U3 y U4, pero otros la realizan por su propia cuenta. Aunque los participantes que practican fútbol con la asociación, también realizan actividad física sin ser a través de la misma.

Como hemos comprobado la mayoría de los participantes realizan algún tipo de actividad física, pero es de importancia observar la frecuencia, y sobre todo los lugares, en los que la realizan.

La frecuencia de la práctica deportiva varía considerablemente entre unos y otros, va desde alguien que no practica casi nada, U7: *“En estos momentos no practico casi nada excepto correr algo”*. *“Por el barrio, por la zona donde vivo”*, pasando por un par de veces a la semana, o 3 y 4

días a la semana a todos los días una hora como U5: *“Ahora mismo no, voy al gimnasio voy una hora más o menos o así”*. *“Aquí en el propio centro, aquí tenemos”*. Es decir, existen diversas respuestas del tiempo dedicado a practicar actividad física, lo que si resulta llamativo es que todos lo practican de alguna forma, y aunque tengan algún inconveniente por realizarla, como el U6, si acuden a algún lugar donde se realice para estar con más gente: *“voy al gimnasio voy una hora o media hora o así, un poco, pero poco que me canso rápido”*. *“Aquí en el centro tenemos”*.

Entre los lugares que acuden a realizarlo existen dos tipos de respuestas que podemos diferenciar: la del gimnasio y la de lugares próximos a la zona donde residen: parques o lugares conocidos, U2: *“Correr por donde vivo yo en el parque y bici pues voy hasta la aldea vengo, por varios sitios”* y U3: *“En santa Isabel (gimnasio municipal)”*.

Como hemos dicho se observa que todos practican de alguna forma alguna actividad física, pero el motivo por el cual la realizan varía de una persona a otra. Todos resaltan de algún modo que les beneficie ya sea de una forma u otra, como dice U1: *“Porque me siento bien, me da ánimos, no sé..., es como sentirse liberada”* y U2 refiere que mientras practica alguna actividad la cabeza le descansa: *“Relajación, mientras corres o andas en bici, te descansa la cabeza”*. El participante U7 dice que él no realiza más actividades no por falta de motivación sino por predisposición: *“Pues no sé... falta de motivación por las cosas, eso falta de motivación más que ponerse”*.

Los participantes en el estudio han respondido acerca de lugares cercanos a su lugar de residencia en los cuales pudieran practicar deporte.

Como se puede apreciar de las respuestas de los usuarios, existen lugares y recintos para la práctica deportiva cerca de sus lugares de residencia pero algunos de difícil acceso para ellos por tener que reservarlos y otros tampoco utilizados por carecer de compañía para

acudir, como cita el U3: *“Porque no... hay una pista de tenis pero no sé porque... si conociera gente si pero no, no sé, no conozco gente para ir”* y U7: *“Pabellones, pero suelen estar ocupados casi siempre y no me convencen”*.

Además estas personas han tenido dificultad para responder esta pregunta, por desconocer lugares próximos para realizar deporte, U6: *“Pues no lo sé..., el campo de fútbol de aquí al lado”*.

4.2 Red Social

Un aspecto a tener en cuenta en el estudio es la relación social que tienen los participantes. Así relacionándolo con la categoría anterior podemos comprobar las respuestas de los participantes relacionadas con la práctica deportiva, y si ésta la suelen realizar solos o con más gente y algunas de las respuestas han sido: U2: *“Jugar al fútbol con más, y las otras solo aunque a veces bici voy con un grupo”*, U5: *“Suelo ir solo, lo que pasa que a esa hora coincidimos más gente que nos conocemos y entonces se hace más llevadero”*; U4: *“Solo”*.

Existe un resultado claro de que los participantes realizan su práctica deportiva de forma solitaria, salvo en el caso del fútbol en la asociación. Los únicos usuarios que coinciden con más gente realizando práctica deportiva, citan que acuden de forma individual pero que allí coinciden con más gente y estos usuarios son los que se encuentran dentro del marco de la institución psiquiátrica. Sólo U6 refiere que acude para encontrarse con más gente: *“Con gente de la sala que estoy, les hago compañía, más que nada, jajaja”*.

Cabe destacar el papel de la asociación que busca la integración social por medio de la práctica deportiva. Y no sólo por medio del deporte sino también con otras actividades que los participantes del estudio vinculados con la asociación realizan, como puede ser jardinería y academia de estudios para sacarse el graduado escolar, así U4 dice: *“Pues estudiar la ESO que ya voy en 4ª”*.

Los usuarios que viven en el marco del centro de rehabilitación también tienen actividades para que los usuarios ocupen su tiempo a favor de su desempeño ocupacional y para contribuir a la integración social, actividades como teatro, prensa, informática o salidas culturales: U5: *“Bueno... voy a prensa... bueno mientras estoy aquí en el centro pues voy al gimnasio, a prensa, a educador de perros y a las salidas culturales que hacemos”*.

El único usuario que expresa que no realiza ningún tipo actividad dentro de su entorno es U7, que sólo expresa que trabaja en el campo con la familia.

Los datos relevantes para nuestro estudio son los que se obtienen de las contestaciones sobre cómo son sus relaciones con los demás participantes o gente relacionada con todas estas actividades que realizan, de este modo varios participantes expresan lo siguiente: U4: *“Pues muy buena, buena, no tengo queja, siempre gastamos bromas unos a otros, es decir hablamos y nos gastamos bromas... pues nos decimos como por ejemplo que tal estás y el típico de broma... bueno... como si fuéramos obreros”*; U5: *“Bien, buena”*. *“Hombre con los voluntarios siempre hay una relación de paciente a voluntario... o lo que sea pero con el resto de la gente hay muy buen rollo siempre”*.

La totalidad de los participantes expresan tener una buena relación con las personas que interaccionan en las actividades que realizan, pero si nos fijamos en sus contestaciones, todas las personas con las que se relacionan son gente vinculada al contexto de salud mental, ya sean personas con alguna patología, profesionales que trabajan en este entorno, voluntarios o familiares. Y no sólo en las actividades sino también en sus relaciones sociales: U1: *“Con mis amigos de aquí (psiquiátrico), generalmente y con los voluntarios que me están ayudando a estudiar”*; U3: *“Si bueno gente de fuera también. No sé... a veces para ir al cine y con gente que ya estuvo aquí y salió de aquí (asociación)”*; U6:

“Pues con la familia principalmente o vecinos, gente que conozco de siempre”.

Algunos muestran en sus respuestas que no tienen las oportunidades de establecer otro tipo de relaciones como expresan claramente U5: *“porque eso la gente que no es de aquí pues tiene su vida fuera, tiene hijos tiene más cosas y es complicado”* y U6: *“no sé, es que no ando mucho por lugares donde se conozca gente nueva y no sé.... Ando siempre en los mismos sitios”.*

Y es que la totalidad de los participantes refiere no tener problemas de relacionarse con la gente, pero si comprobamos algunas de sus contestaciones, observamos que todos realizan actividades individualmente, y aunque puedan realizarlas en grupo, no lo hacen, a excepción del fútbol. Siendo estas actividades las que más le gustan realizar en su tiempo libre: U4: *“Pues.....correr, es fundamental si puedo voy a correr y después.... Me gusta leer y también me gusta escuchar música muchísimo”.* U6: *“Ver el fútbol, fumar y dar paseos”.*

Y es que su red social se basa principalmente en su familia y amigos cercanos relacionados con el contexto de salud mental, como se puede comprobar por las respuestas, por ejemplo en el caso de U3, dice que tiene un grupo de amigos con los que sale, de gente que está en la asociación y gente que ya no está dentro pero estuvo: *“No... a aparte ahora que dices es que siempre se monta un grupillo de gente que paso por aquí y otra que aún esta y que quedamos”.*

Además muchos de ellos tienen ya poco contacto con amigos de la infancia, como refieren varios participantes como U2: *“Hablamos por teléfono o en persona, vamos a unos sitios con mis sobrinos y jugamos a algún deporte en el tiempo libre”.* *“No con mucha, debía ser más. Es que antes jugábamos en el barrio en el campo de futbito jugábamos mucho, pero es que ahora unos tienen novia, otro se casaron y otros tienen menos tiempo y no nos juntamos pa jugar... nos vemos cuando nos*

vemos de vez en cuando, y hablamos algo” y U4: “Pues bastante poca, bastante poca porque no a todo el mundo le toca lo mismo y claro, por ejemplo, en el caso mío pues... con mi madre hablo cuando puedo por teléfono, más bien soy yo el q la llamó porque ella tampoco tiene muchos recursos económicos y bueno no es que ella pasa de mi pero evidentemente como soy hijo me acuerdo de ella”. “Pues hace bastante tiempo que no veo a mis amigos del gimnasio, la verdad”.

Para terminar de corroborar que su red social se limita principalmente a esta gente se aportan otros datos, como que sus personas de confianza no se encuentran fuera de esta red de contexto. Y además es que son a estas personas a quién suelen acudir cuando tienen algún problema, con excepción de problemas de índole mental, a los cuales muchos de ellos acuden directamente a sus médicos, esto se puede apreciar en las palabras de U4: *“Pues gente que paso por la asociación, como Chelo, Nacho y Arturo y muchos más que pasaron por ella y que ya no están pero siguen siendo amigos, vamos”. “Cuando tengo necesidad de ayuda o apoyo psicológico siempre al doctor psiquiatra, después que necesito otro tipo de ayuda no me importa pedírsela a Carlos el coordinador de la asociación, que siempre está ahí” y U7: “En la familia que es lo verdaderamente importante”. “Depende mucho del problema pero a la hora de la verdad quién apoya o ayuda más es la familia... aunque en mi caso también acudo al médico”.*

Un dato a tener en cuenta sobre estas relaciones vinculadas con el entorno de la salud mental, es que la propia U1 dice que no tiene amigos fuera de este entorno y que no se le brindan oportunidades para hacerlo: *(¿no tienes amigos fuera del contexto del centro?) “no”. “no se me brinda la oportunidad, por eso me interesa este proyecto porque así voy conociendo a la gente, a los niños, todo”.* También porque estos participantes les cuesta acudir a lugares nuevos, a entornos que le son desconocidos, algo que se denota de las palabras de U6: *“no sé, es que*

no ando mucho por lugares donde se conozca gente nueva y no sé... Ando siempre en los mismos sitios”.

Los resultados muestran una red social cercana e íntima, en la que sólo tienen cabida personas conocidas desde la infancia y las que se adhieren son relacionadas de alguna forma con el contexto de salud mental, en casi la totalidad de los casos. Y es que entre que a los participantes les cuesta relacionarse, aunque ellos no lo vean así, y que no se le brindan oportunidades no tienen relaciones sociales nuevas fuera del contexto salud mental. Como se puede ver, y es de destacar, en que varios usuarios se han referido al coordinador de la asociación como persona cercana a la que acudir en caso de algún problema.

4.3 Rol entrenador

Una categoría importante a tener en cuenta del estudio es el rol del participante, este aspecto es lo novedoso de este estudio, el rol que presentan los participantes en el programa, ya que estos están habituados a desempeñar un rol de participante en la casi totalidad de las actividades que realizan: U5: *“pues ahora mismo estoy como paciente y participo en las actividades que hay en el centro y...participativo, un rol participativo”.*

En su mayoría presentan un rol de participante en las actividades que realizan, salvo U4 y U7 que en alguna actividad relacionada con la jardinería y agricultura tienen un rol de trabajador: U4: *(es decir pero, ¿roles de participante?) “sí”.* (Aunque jardinería comentaste que también trabajas) *“si ganamos algo que nos ayuda”.* U7: *“Si, ahí soy trabajador con la familia, nos ayudamos (en la tierras)”.* Además de U2 que se está preparando para ser catequista.

Además de destacar su rol de participantes, es llamativo que la mayoría de estas personas carecen de responsabilidades en su vida cotidiana: U4: *“Pues la responsabilidad es tomar bien la medicación, que es lo fundamental para estar fuera del psiquiátrico, y aparte eh....”*

Vestirte...vestirte, ducharte, estar siempre arreglado, mirar por ti mismo, por tu bienestar, por tu salud". U6: "Pues nada, tomar la medicación y nada más, nos lo hacen todo aquí".

Como se aprecia la mayoría tienen un número escaso de responsabilidades en su vida diaria. Es decir, las actividades que realizan implican no tener grandes dificultades en las tareas que desempeñan en su vida cotidiana. Cabe destacar las respuestas de U1 y U7 los cuales citan buscarse un futuro y buscar trabajo como responsabilidad mayor: U6: *"Pues nada, tomar la medicación y nada más, nos lo hacen todo aquí"*. U7: *"Pues solo la de trabajar en el campo y ayudar en casa, mi mayor responsabilidad sería encontrar trabajo"*.

En la entrevista final hemos realizado una pregunta para comprobar cómo se han sentido en su rol de entrenador, es decir, no en un rol de participante de la actividad, de las que destacan las contestaciones de U1: *"Hombre importante no, pero algo necesario para aportar a los niños, para calentar, pa que no tengan lesiones, que jueguen con la pelota, que pienses que es un deporte, aunque haya que ganar, que lo importante es participar"* y U4: *"Pues.....ni me sentí por encima ni por debajo, me sentí una persona más"*.

Además de cómo ellos se han sentido y se han visto, por lo apreciado en la observación se ha comprobado que la relación con los chavales y personal del club ha sido muy buena, al inicio algo dubitativos, indecisos y tímidos, pero a medida que avanzaban en las sesiones su implicación, compromiso y dedicación aumentaba, así también se ve reflejado en alguna contestación de los participantes: U2: *(Es decir, ¿los primeros entrenamientos tenías más timidez?) "Si claro"*. Este aspecto puede ser debido a adquisición de conocimientos y a la mayor relación con la gente.

Cabe decir que ninguno de los participantes ha logrado cumplir todos los objetivos de la intervención. En las primeras sesiones los objetivos los cumplían sin mayor dificultades, pero a medida que avanzaban las

sesiones y se complicaban los objetivos y adquirirían mayor compromiso y dedicación más les costaba cumplirlos. En especial los objetivos de planificación de actividades, objetivo que ninguno llegó a cumplir. Si es de especial relevancia, la implicación de los participantes en que los niños realizaran los ejercicios correctamente. Es decir, como los participantes asumían la responsabilidad que debían.

Además de su percepción de cómo se han sentido en su rol, se les ha preguntado de cómo les han visto o como ha sido su relación con los niños y personal del club.

Así con los chavales algunas contestaciones han sido: U2: *“Bien porque.... Me preocupaba por ellos”*. *“Si, sin duda muy buena, todo buena gente. Integrado totalmente”*. U4: *“Bueno con los niños pues... como un niño más me lo pase pipa, no me esperaba que los niños, hombre no digo que sean malos pero no me esperaba este buen comportamiento de ellos”*.

Como comprobamos por las respuestas la relación con los niños ha sido excelente con todos los participantes, todos han salido con muy buena impresión de su capacidad para relacionarse con ellos. Y sobre todo con quién mejor han mantenido una relación y con quién más se han relacionado ha sido con los entrenadores del club, con los cuales han conseguido mantener e iniciar conversaciones sobre aspectos de la vida diaria, muestra de ellos son las palabras de U3 sobre su relación con ellos: *“muy buena”*. *“Es decir, aparte de conversaciones de temas de fútbol conversaciones del día a día, de cosas de la vida”*.

4.4 Experiencia en el programa

Una categoría sacada del estudio es la de la experiencia en el programa de los participantes. Esta categoría podría abarcar muchas cosas, pero la hemos querido centrar en la visión personal de los participantes a través de sus respuestas sobre el estudio sacadas de la entrevista final. Cabe citar que el participante U6 abandonó el estudio de forma voluntaria

después de la primera sesión, porque le suponía un esfuerzo físico al que no estaba acostumbrado.

Así, comenzamos hablando de cómo se han sentido en el programa, y destacamos las palabras de U1: *“Pos por primera vez me siento útil para algo, porque no me creí que podía dar ejemplo a los niños y que ellos me lo dieran a mí”*, U3: *“Pues los chicos me trataron bien, al principio me mostraron así que les estaba cayendo bien también se avergonzaba alguno pero bien, me ven mayor”*. *“Si, interesante, pues a alguien que le gusta el fútbol pues eso de entrenar a niños pequeños es muy interesante”* y U5: *“Pues la verdad es que muy bien, empecé con miedo, los chavales me dieron confianza y son buenísimos la verdad es que muy bien, me gusta mucho verlos jugar la verdad y es positiva, maduras un poco más al tener responsabilidades hacia gente menor que tú”*.

Como comprobamos todos los participantes han tenido una grata experiencia en el estudio, cabe destacar las palabras de U1, sobre sentirse útil. También es de nombrar como habíamos dicho antes los problemas al inicio del estudio de los participantes por no conocer a la gente, encontrarse con gente que no conocían y habituarse a algo nuevo, como refiere U4 y se puede ver claramente en las palabras de U7: *“Si, hombre problemas de relación no es que tenga, pero soy... pasivo, a veces me cuesta...”* (*Si eres algo introvertido, ¿te cuesta empezar conversaciones y conocer a gente?*) *“Si eso”*. (*Pero esto, ¿te ha ayudado?*) *“Si siempre ayuda y más con gente joven que cuesta más... pero se les ve que son buena gente”* y de U4: *“Si me costó bastante acostumbrarte a este tipo de cosas”*.

Pero al final la experiencia les ha sido productiva, expresando todos su deseo de repetir la temporada próxima, U5: *“Nada que estoy encantado y que si para el año sigo viviendo en Santiago y el Conxo necesita un segundo entrenador y eso pues yo estoy dispuesto”*.

Cabe resaltar que varios de los participantes del estudio han seguido viniendo a los entrenamientos y partidos del equipo de forma informal, bien fuera para entrenar con ellos o para saludar a los niños, padres y personal del club.

Como se pudo comprobar todos los participantes han expresado su deseo de repetir la experiencia, pero los motivos de cada uno han sido diferentes, entre los que cabe citar las palabras de U2: *“Porque aprendemos muchas cosas y convives con los chicos te acogen bien”* y U3: *“Pues no sé bueno... tal y como llevo muchos años en el fútbol y aunque no compita, no juegue en ligas normales, pero bueno pues si me gustaría... y a la vez sería otra cosa diferente para hacer, para haber como me sentiría”*.

En los comentarios de los participantes vemos como los usuarios se han sentido bien, a gusto en el programa. Han sentido que pertenecían a un grupo y la experiencia les ha aportado algo positivo para ellos. Cada uno ha sacado una conclusión de lo que le ha aportado.

El principal resultado que se puede sacar y que varios comentan es el de pertenecer a un grupo, el de sentirse que pertenecen a un colectivo, en el cual tienen un papel, una función: U2: *“Pues... conocer al equipo infantil de gallega y a los entrenadores y gente de aquí”*. *“Si para relacionarme mejor con la gente para ser.... Tener iniciativa de dirigir un calentamiento y cosas”*. U4: *“Bueno pues una experiencia más, que te voy a decir, simplemente que me sentí... incluso en un tema que no había participado nunca con... como si fuera un entrenador, en fin”*.

Es de resaltar la contestación de U1 sobre lo que le ha hecho ver el convivir con los niños: U1: *“Muchísimo, relación en cuanto a los niños, con el personal del club con todos, con todos”*. *“A mí, me han enseñado...que no todo es material, que también hay deporte que se puede vivir son muchas cosas haciendo deporte y eso es lo que me ha enseñado a mi”*

porque yo por mala pata, fui politoxicómana y me han enseñado que sin hacer nada solo con deporte se puede disfrutar igual o mejor”.

Algo que todos resaltan en su entrevista final es que este programa les ha ayudado para mejorar sus relaciones sociales, para conocer gente fuera de su entorno o para incluso otras cuestiones que ellos consideran como U5 nos dice: *“Sí... como no, yo incluso por si algún día quien sabe soy padre y tener un chaval y enseñarle así un deporte o algo, está muy bien”.*

Además algo que expresan los participantes, y que es de tener en cuenta, es como muchos ponen de manifiesto el deporte, la actividad física, incluso alguno como U5, dice que le ha gustado volver a tratar de cerca el tema del deporte, el cual es importante para él, pero hacía tiempo que no lo trataba de cerca: *“Eh... me ha beneficiado el tema de volver a tocar el tema del deporte porque yo desde los 19 o 22 o así no toque más el deporte, pero si me gusta la actividad física”.*

Y es que, el motivo principal de que hayan participado en el estudio, lo que les ha motivado a realizarlo es el deporte, esto se comprueba claramente en las palabras de los participantes, los cuales consideran el deporte, y en concreto, el fútbol, como algo significativo así lo demuestran las palabras de algunos: U2: *“Bueno pues tu nos lo propusiste y a mí me gusto es, es fútbol y me gusta y convivir con la gente”.* U3: *“en principio era no sé... eso por el fútbol, y como era relacionado con el fútbol dije yo porque no participar”.*

Vemos claramente como el deporte, y más concretamente el fútbol, son actividades significativas para estas personas, y es que gracias a esto, se mejora la participación, como dice U5: *“No para nada, cuando una persona quiere integrarse se esfuerza todo lo que pueda y se integra fácilmente, si es en algo que te gusta y te atrae”.*

Alguno de ellos, además, habla también como motivo de haber participado en el estudio el estar en un grupo, el participar en actividades

grupales, de una comunidad: U5: *“Pues me ha motivado ya te digo el volver a ver entrenamientos y movimiento y un equipo, siempre que estas en un equipo pues....”*. (Es decir dinámica de grupo, de verlos cada semana, conversar, hablar con ellos sobre cosas y así) *“Si eso justo”*. De las palabras de U5 se puede notar un cierto tono de querer experimentar otras actividades distintas a las que tiene, y que poseen cierta monotonía, aspecto el cual creo que ha hecho y provocado la implicación y dedicación que han presentado los participantes, ya que independientemente de que al inicio les haya costado la adaptación a algo nuevo, una vez lo han asimilado, le has producido beneficio, el romper un poco con esa monotonía de realizar siempre lo mismo y sobretodo en el mismo marco, con la misma gente y desde el mismo punto de vista. Se han sentido útiles e importantes dentro de un grupo, como bien dice U1.

4.5 Percepción social

La última categoría que se obtiene del estudio, es producto de comentarios de los participantes resultantes de la entrevista final, ya que algunos de ellos citan palabras sobre su percepción social sobre su enfermedad o sobre cómo se ven en la sociedad.

De sus palabras se ve claramente que en ningún momento se ha percibido, ni se ha tratado a los participantes bajo ningún prejuicio, sino como a cualquier persona que se puede encontrar en cualquier contexto o entorno, disminuyendo así el estigma existente sobre estas personas: U2: *“me han visto y tratado como una persona normal”*, U7: *“No, me han tratado como alguien normal, en ningún momento me vacilaron ni me dijeron nada malo, ni gesto ni nada”*.

Las palabras de U3 son de especial interés, *“es que yo eso de enfermedad mental es algo que yo me olvido de ello o sea por momentos me doy cuenta y otros no”*, ya que como se aprecia, él dice que por momentos se olvida de la enfermedad, cosa que como se ha podido observar puede ser debido a la situación donde se encuentre y a lo que

esté realizando, es decir, a como el entorno o la gente puede influir en ese estigma o complejo.

5. DISCUSIÓN

La realización del trabajo pretendía, a través del deporte, explorar la participación social, concretamente la participación en la comunidad, de personas con trastorno mental grave.

En el inicio del estudio, en la fase de revisión bibliográfica se ha comprobado la escasez de estudios acerca de la participación en la comunidad de personas con trastorno mental grave. La mayoría de los artículos encontrados han sido relacionados con el ocio y salud mental, ya que, teniendo relación con el deporte los trabajos hallados han sido escasos.

En los resultados, se observa de las respuestas, como al inicio del estudio los participantes mostraban dificultades de relación, de interacción social y de desempeño de actividades debido, en algunos casos, al desconocimiento de los niños. Esto puede ser debido a que las personas con enfermedad mental tienen la autoestima baja lo que les lleva a poseer un desequilibrio ocupacional y un peor desempeño en la realización de sus actividades, así como ciertas actitudes de vergüenza a la hora de realizar actividades o de relacionarse con la gente⁹.

Y en este sentido, el contacto social y el sistema educativo son dos de los factores claves para que se cambien los estereotipos de estas personas y que su participación social sea mejor. Según refieren los participantes los niños no han mostrado en ningún momento actitudes que favorezcan el estigma⁹. Además por medio del ocio se puede llegar a un mayor número de gente y el deporte capta el mayor ocio de nuestro mundo^{10 16}.

Y es que, es el deporte y la práctica deportiva rompen claramente las barreras que puedan existir en lo referido a participación social²². Además

de que los participantes expresan que es importante para ellos sea de una forma u otra. Y existen experiencias que utilizan el deporte como recurso de intervención ocupacional; estudios que afirman: *“nuestra experiencia ha demostrado que a través del deporte las personas que sufren enfermedad mental, minimizan los síntomas de la enfermedad, aumentan la autoestima, perfeccionan habilidades sociales, permite oportunidades para salir del aislamiento, en definitiva; lo que consigue es mejorar su calidad de vida”*³¹.

Además en los resultados este estudio se aumentan las redes sociales de los participantes, ampliándolas ya que como se dijo en la introducción estas personas poseen una red social limitada¹⁵, enfocada en el contexto de salud mental, es decir, todos sus vínculos o relaciones están orientadas en familia y personas que tienen algo que ver con la salud mental

Es importante el resultado que se obtiene de la categoría de *“rol de entrenador”*, ya que se aprecia que los participantes han comentado como se han sentido útiles y como ponen de relieve el hecho de tener responsabilidades y funciones, aspectos éstos que mejoran el equilibrio ocupacional de las personas con trastorno mental, ya que como se cito en la introducción esto tienen una gama limitada de ocupaciones, las cuales son en su mayoría de ocio pasivo y con pocas responsabilidades^{16 20}.

En cuanto a las limitaciones del estudio se presentan:

- No contar con la voz del personal del club y niños del equipo.
- Sería ideal que el tiempo de intervención fuese de mayor duración
- El estudio se realiza a través de un solo deporte, sería ideal, comprobar su eficacia en otros deportes, otros recursos de la comunidad: balonmano, baloncesto, etc.
- Dificultades de los participantes para adaptarse a rutinas y horarios nuevos de los entrenamientos.

6. CONCLUSIONES

Lo novedoso y destacable de este estudio ha sido el enfoque dado en las actividades a los participantes. Lo habitual es que los programas encaminados a personas con trastornos mentales sean proyectados a que éstos tengan un rol y unas responsabilidades de participantes de la actividad, de disfrute de las actividades¹⁹. Y en este estudio se pretende que el participante ocupe un rol en el cual tengan más responsabilidades, en el que el usuario dirija y desarrolle las actividades. Es decir ofrecerle al participante que desarrolle ocupaciones significativas, ya que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar².

La elección del deporte como instrumento de intervención es por ser ésta una ocupación significativa para los participantes, ya que cuando estas actividades son significativas para su actor, logran proporcionar un equilibrio personal y social, ya que la pérdida de significación es alienante y un potencial factor de riesgo para la salud y la interacción con el ambiente. Las ocupaciones significativas como medio de intervención para prevenir y/o minimizar la disfunción ocupacional son la aportación específica de la disciplina³².

Y es que en nuestro país y comunidades existen infinidad de clubes y asociaciones deportivas de diferentes deportes, a través de las cuales se puede lograr que estos usuarios colaboren o participen en estas entidades, en las que, y más en estos momentos de crisis, se necesita ayuda para llevar a cabo su labor. Y estos usuarios poseen tiempo, responsabilidades y dedicación para dedicárselo a estos servicios de la comunidad. Por medio de ayuda y conocimientos pueden llegar a dirigir cualquier actividad deportiva, pueden desempeñar un rol de entrenador sin problema ninguno, y no sólo de participante de la actividad como están acostumbrados. Es decir, se produce una mejora de su desempeño ocupacional incorporando características que pueden aplicar en otras actividades de su vida cotidiana.

El terapeuta ocupacional debe participar en el diseño y desarrollo de programas comunitarios con el objetivo de aportar la especificidad de la ocupación significativa para el fomento del ocio, la exploración y utilización de recursos comunitarios, en definitiva, la participación social²⁵. Promoviendo así, hábitos saludables que repercuten en el equilibrio del individuo en lo que a las áreas de desempeño ocupacional se refiere. Tal y como uno de los usuarios del estudio refiere, de cómo a través del mismo ha visto el buen camino, unos hábitos saludables que pueden llevar a las personas hacia una vida mejor. Y es que la participación social es un área importante en la vida de las personas ya que el instinto social de los hombres no se basa en el amor a la sociedad, sino en el miedo a la soledad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Romero Ayuso D, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional: Teoría y técnicas. Madrid: Masson; 2003.
2. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [12/12/2012]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
3. Arango C. Panorama de las enfermedades mentales. Madrid: Instituto de Estudios Médico Científicos; 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de Salud; 2005.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: Organización Mundial de Salud; 2001.

6. Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 10ª ed. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu ed; 2006.
7. Gómez Muñoz C. Autoestima en salud mental y/o drogodependencias.: funcionamiento ocupacional. Una visión holística de la persona. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2009[15/01/2012]; 6(10): [17p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original1.pdf>
8. Arias Núñez E, Puntí Vidal J, Torralbas Ortega J, Naranjo Díaz MC, Palomino Escrivá J. Terapia ocupacional en adolescentes con retraimiento social. Análisis de las áreas de desempeño ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011[20-01-2012];8(13): [15p.]. Disponible en : <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/original5.pdf>
9. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2008; 28 (101):43-83.
10. Krupa T, Woodside H, Pocock K. Activity and social participation in the period following a first episode of psychosis and implications for occupational therapy. Br J Occup Ther.2010, 73(1), 13-20
11. Wahl OF. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. Trends Cogn. Sci. 2012 Jan;16 (1):9-10.
12. Ertugul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Epidemiol. 2004 Jan;39 (1): 7-73
13. Buizza C, Schulze B, Bertocchi G, Ghilardi A, Pioli R. The stigma of schizophrenia from patient's and relatives view: A pilot study in an Italian rehabilitation residential care unit. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2007; 29(3):23.
14. Ochoa S, Martínez F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villelas R, et al. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2011;31(111):477-489.

15. Sánchez Santa-Bárbara E. Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anal Psicol.* 1999; 15(2):251-260.
16. Gomez Perez O, Sánchez Vicente M, Sanz Caja M, Rullas Trincado M. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. *Inter Psicosoc.* 2003;12(1):35-45.
17. Brown SA, McCauley SR, Levin HS, Contant C, Boake C. Perception of health and quality of life in minorities after mild-to-moderate traumatic brain injury. *Appl Neuropsychol.* 2004; 11(1):54-64.
18. Minnato M, Zemke R. Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occup Ther INT.* 2004,11(3):91-177
19. Bejerholm U, Eklund M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *Am J Occup Ther.* 2007; 62(1):21-32
20. Dorer G, Harries P, Marston L . Measuring social inclusion: a staff survey of mental health services users participation in community occupations. *Br J Occup Ther.* 2009; 72(12), 520-530
21. Gibson R. W., D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: A systematic review. *Am J Occup Ther.* 2011; 65, 247-256.
22. Cayuela Maldonado MJ. Los efectos sociales del deporte: ocio, integración, socialización, violencia y educación. Barcelona: Centre d'Estudis olímpics UAB. 1997[02/02/2012]. Disponible en : http://olympicstudies.uab.es/pdf/wp060_spa.pdf
23. García Ferrando M. Los españoles y el deporte. Un análisis sociológico. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 1991.
24. Martínez i Ferrer J. Paper de l'activitat física i l'esport adaptat en la normalització de les persones discapacitades. *Aloma.* 2004;13,13-24

25. Caelli K, Ray L, Mill J. "Clear as Mud": Toward Greater Clarity in Generic Qualitative Research. *Int J Qual meth.* 2003; 2 (2).
26. Fortin MF. El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill; 1999.
27. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ª ed. México: McGraw-Hill; 2010.
28. Vázquez Navarrete ML, Rejana Ferreira da Silva M, Mogollón Pérez AS, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Delgado Gallego ME, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Colleció Materials; 2006.
29. Pla Consuerga M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten. Primaria.* 1999; 24:295-300.
30. Salgado Lévano A.C. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Perú: Liberabit. 2007; 13: 71-78.
31. Sánchez Gutiérrez A. El judo dentro del campo de salud mental [artículo en internet]. España. 2011 [27/01/2013]. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Judo_Alberto_sanchez_terapia_ocupacional_enero2011.pdf
32. Viana Moldes, I; García Pinto, M.C., Ávila Álvarez, A. Ocupación alienante versus ocupación significativa. [artículo en internet]. España. 2003 [16/01/2013]. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocup_Alienan_vs_ocup_signi.shtml

8. AGRADECIMIENTOS

Lo primero y más importante quiero agradecer a los participantes del estudio que sin ellos todo esto no tendría sentido. Gracias por dejarme entrar en vuestras vidas, las cuales son más maravillosas de lo que vosotros pensáis. GRACIAS AMIGOS.

Quisiera dar las gracias a mis dos tutores. A David por animarme y apoyarme en esta gran aventura, y por sus palabras que me han ayudado

a levantarme en los momentos de crisis, gracias por tranquilizarme y hacerme ver lo importante de la vida en una tarde. A Pablo por ser así y estar ahí siempre, en lo bueno y en lo malo, porque además de ser un gran faro de guía en este camino, es un amigo escrito en letras mayúsculas, para mí esta carrera y este trabajo no tendrían sentido sin ti. Gracias a los dos por inspirarme, porque algún día espero ser las personas y terapeutas que sois.

A Susana porque de inicio y sin pedir nada a cambio siempre ha tendido su mano, porque me ha ofrecido la ayuda y apoyo necesario para llevar a cabo esta aventura. Porque espero poder conocerte más y seguir viendo lo gran terapeuta y mejor persona que eres.

A mi familia y amigos por aguantarme en estos meses hablando siempre del mismo tema, y por no poder dedicarles el tiempo que se merecían y espero poder recuperar y compensarles.

A mis compañeros/as de carrera porque juntos hemos recorrido este gran camino, en especial a ellos, que juntos formamos los tres mosqueteros.

A la gente de Conxo porque ellos son para mí como una pequeña familia, en especial a Iván, Eloi, Eliseo, Carmen, Edu y Ana.

ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista inicial

- ¿Has tenido o tienes algún vínculo con algún deporte? ¿Con cuál? ¿en qué medida?
- ¿Practicas alguna actividad física o deportiva? ¿Cuál/es? ¿Con qué frecuencia? ¿En qué lugares? ¿Con quienes?
- ¿Realizas alguna actividad en tu barrio o en tu entorno?
- (Si la respuesta es si) ¿individual o en grupo? ¿Qué te motiva a realizarla? ¿Cómo te sientes? ¿Cuál es tu relación con los demás participantes de la actividad?
- (Si la respuesta es no) ¿Por qué motivo no la realizas? ¿qué te ayudaría a realizarla?
- ¿Con qué tipo de gente te relacionas habitualmente?
- ¿Qué responsabilidades tiene en la actualidad? ¿Puede arreglárselas para mantenerlas?
- ¿Qué contacto tiene con familiares y amigos? ¿Con que frecuencia se llaman/ visitan?
- Si necesita apoyo o ayuda, ¿A quién recurre? ¿Puede hablar con amigos – familia – profesionales?
- ¿Es capaz de contar con personas de confianza? ¿Tiene la oportunidad de establecer relaciones de confianza?
- ¿En qué roles participa? ¿Cuán importante es para usted? ¿Disfruta haciéndolo? ¿Puede realizarlo de manera adecuada?

ANEXO 2: Entrevista final

- ¿Cómo te has sentido participando en el programa?
- ¿Repetirías la experiencia? ¿por qué?
- ¿Qué te puede haber aportado este programa?
- ¿Te has sentido integrado en el grupo?
- ¿Cómo te has sentido en tu papel de entrenador/a?
- ¿Qué te ha hecho participar en el programa? ¿deporte u otra actividad?
- ¿Qué crees que el grupo ha percibido de ti?

ANEXO 3: Consentimiento informado del psiquiátrico

Hoja informativa para el Psiquiátrico

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Programa de participación en la comunidad a través del deporte” y será realizado por David Vilouta Pena, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme una hoja de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en comprobar si existe una mejora de la participación en la comunidad de usuarios con problemas de salud mental a través del deporte.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio le proporcionará un beneficio indirecto, proporcionándole a los usuarios del psiquiátrico una mejor imagen social.

Riesgos o inconvenientes del estudio

El estudio no presenta ningún tipo de inconveniente, ni riesgo.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista/encuesta en formato papel.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad. Se protegerá conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído
y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido
contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de
investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de
consentimiento.

Firma del jefe de servicio

Fecha

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 4: Consentimiento informado de la asociación

Hoja informativa para la asociación

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Programa de participación en la comunidad a través del deporte” y será realizado por David Vilouta Pena, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme una hoja de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en comprobar si existe una mejora de la participación en la comunidad de usuarios con problemas de salud mental a través del deporte.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio le proporcionará un beneficio indirecto, proporcionándole a la asociación una imagen de compromiso social y trabajo acerca del colectivo de personas con problemas mentales.

Riesgos o inconvenientes del estudio

El estudio no presenta ningún tipo de inconveniente , ni riesgo.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista/encuesta en formato papel.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad. Se protegerá conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído
y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido
contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de
investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de
consentimiento.

Firma del presidente de la asociación

Fecha

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 5: Consentimiento informado de los participantes

Hoja informativa para los usuarios

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Programa de participación en la comunidad a través del deporte” y será realizado por David Vilouta Pena, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar.. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme esta forma de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en comprobar si existe una mejora de la participación en la comunidad de usuarios con problemas de salud mental a través del deporte.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio le proporcionará un beneficio directo, proporcionándole una mayor inclusión social, mayor participación dentro de las actividades de la comunidad, produciéndole mejor bienestar físico, psíquico y social.

Riesgos o inconvenientes del estudio

El estudio no presenta ningún tipo de inconveniente, ni riesgo

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista/encuesta que será grabada y, posteriormente, transcrita para que la investigadora pueda reflejar las ideas que usted haya expresado. Las grabaciones serán almacenadas el tiempo que sea necesario para la realización del estudio y, una vez finalizado, serán eliminadas.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

D/Dña....., de..... años de edad y con DNI nº....., manifiesta que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer el estudio sobre la calidad de vida de las personas incluidas en el estudio tras modificar su participación en la comunidad.

He sido informado/a de las posibles consecuencias que este estudio pueda tener sobre el bienestar y la salud de mi familiar/tutelado

He sido informado/a de que sus datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de diciembre. Incluido material de fotografía o grabación en vídeo.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a que este estudio tenga lugar y sus resultados sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto-

.....,a.....de.....de 2013

ANEXO 6: Consentimiento informado del club

Hoja informativa para el club

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Programa de participación en la comunidad a través del deporte” y será realizado por David Vilouta Pena, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme una hoja de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en comprobar si existe una mejora de la participación en la comunidad de usuarios con problemas de salud mental a través del deporte.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio le proporcionará un beneficio indirecto, proporcionándole al club una imagen de compromiso social y trabajo acerca del colectivo de personas con problemas mentales.

Riesgos o inconvenientes del estudio

El estudio no presenta ningún tipo de inconveniente , ni riesgo.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista/encuesta en formato papel.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad. Se protegerá conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído
y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido
contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de
investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de
consentimiento.

Firma del presidente del CD Conxo

Fecha

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 7: Consentimiento informado de los padres de los niños

Hoja informativa para los padres y niños

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Programa de participación en la comunidad a través del deporte” y será realizado por David Vilouta Pena, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los apartados que se le van a detallar.. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme esta forma de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en comprobar si existe una mejora de la participación en la comunidad de usuarios con problemas de salud mental a través del deporte.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio no le proporcionará ningún tipo de beneficio directo.

Riesgos o inconvenientes del estudio

El estudio no presenta ningún tipo de inconveniente , ni riesgo.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista/encuesta en formato papel.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad. Se protegerá conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído
y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido
contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de
investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de
consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma del investigador

Fecha