



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso Académico 2014-2015

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**LA FAMILIA EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE
LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE:
UNA MIRADA DESDE LA OTRA PERSPECTIVA.**

Cristina Rodríguez González

Julio 2015

Directoras:

Paula Díaz Romero

María Jesús Movilla Fernández

Índice

1. Introducción.....	7
2. Justificación.....	13
3. Bibliografía.....	15
4. Hipótesis y objetivos	20
4.1. Hipótesis	20
4.2 . Objetivos	20
• Objetivo General:	20
• Objetivos específicos.....	20
5. Metodología.....	21
5.1. Tipo de estudio	21
5.2. Ámbito de estudio y perfil de informantes	21
5.3. Entrada al campo	22
5.4. Recogida de información	23
5.4.1. Entrevista.....	23
5.4.2. Grupo de discusión	23
5.5. Plan de Análisis	23
5.6. Aplicabilidad y limitaciones del estudio.....	24
5.6.1. Aplicabilidad	24
5.6.2. Limitaciones	25
5.7. Rigor y credibilidad de la investigación.....	25
6. Plan de trabajo.....	27
7. Consideraciones Éticas.....	29
8. Plan de difusión de los resultados.....	30
9. Financiación de la investigación	31
9.1. Recursos necesarios	31
9.2. Posibles fuentes de financiación de la investigación.....	33
10. Agradecimientos.....	34
Anexos	35

Resumen y palabras clave

Título: *La familia en el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave: una mirada desde la otra perspectiva.*

Introducción: La evidencia científica y la experiencia de los profesionales demuestran la importancia de la familia y el entorno social en el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave (TMG).

En la asociación en la cual se centra este estudio existen programas dirigidos a las familias de las personas con TMG pero la participación de estas es muy escasa.

Este trabajo pretende reconocer la importancia de incluir la figura del Terapeuta Ocupacional en la atención a las familias en salud mental, aportando al profesional conocimiento sobre la situación ocupacional y las condiciones en las que se encuentran los cuidadores informales de las personas con TMG.

Objetivos: El objetivo general del presente estudio es analizar la percepción del familiar de la persona con TMG y del profesional, acerca de los programas comunitarios existentes, dirigidos a las familias, en una asociación de la provincia de A Coruña. Entre los objetivos específicos se encuentra el profundizar sobre los factores principales que llevan a las familias a no utilizar los servicios existentes y explorar la satisfacción de los mismos acerca de los programas ofrecidos para así poder diseñar, desde Terapia Ocupacional, un plan de intervención que incluya a los familiares en el proceso de recuperación.

Metodología: El presente estudio utilizará una metodología de tipo cualitativo, y se empleará la Investigación Acción Participación, que se caracteriza por una visión socio-crítica y que tiene como finalidad el cambio de la situación objeto de estudio.

Palabras clave: *Terapia Ocupacional, salud mental, familia.*

Abstract and keywords

Title: *The family in the recovery process of the person with severe mental disorder: a view from a different perspective.*

Introduction: The scientific evidence and the experience of professionals demonstrate the importance of the family and the social environment in the recovery process of the person with severe mental disorder.

In the association in which this study is based are programs for families of people with severe mental disorder but the involvement of these centers is very low.

This work aims to recognize the importance of including the figure of the Occupational Therapist in the care of families in mental health, contributing to professional knowledge about the employment situation and the conditions under which they are informal caregivers of people with TMG.

Objectives: The overall objective of this study is to analyze the perception of familiar the person with TMG and of professional on existing Community programs, aimed at families, an association of the province of A Coruña. Specific objectives include the deepening of the main factors driving families to not use existing services and explore satisfaction same about programs offered in order to design, from Occupational Therapy, an intervention plan that includes the relatives in the recovery process.

Methodology: This study used a qualitative methodology and employed the Participatory Action Research (PAR), characterized by a vision socio-critical and which aims to change the situation under study.

Key words: *Occupational Therapy, mental health, family.*

1. Introducción

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁽¹⁾, por lo tanto, la salud mental es un pilar básico para todos los ciudadanos.

La reforma psiquiátrica de 1985, hizo que un gran número de personas que tenían una disfunción en la salud mental y que estaban ingresadas en instituciones, pasaran a recibir sus cuidados dentro del Sistema General de Salud. Los objetivos de dicha reforma eran, principalmente, la desinstitucionalización y la creación de una red de servicios de salud mental comunitaria. Los efectos dañinos, que en la actualidad conocemos acerca de las hospitalizaciones prolongadas, dieron paso al desarrollo de la llamada rehabilitación psicosocial ⁽²⁾ ⁽³⁾.

Desde los orígenes de la desinstitucionalización, la asistencia diaria de las personas con problemas de salud mental, pasó de las instituciones hospitalarias a las familias⁽⁴⁾. Las asociaciones relacionadas con la salud mental nacen principalmente como resultado de dicha Reforma Psiquiátrica y debido al aumento de la figura del familiar como cuidador informal de las personas con TMG⁽²⁾.

Satisfacer las necesidades de la persona con trastorno mental grave se convierte en una prioridad en la vida de la persona que asume el rol del cuidador, es por ello que el familiar puede ver afectada su rutina diaria, sus relaciones sociales, su trabajo, su tiempo libre y, consecuentemente, su estado de ánimo, ya que antepone las necesidades de su familiar a las suyas. Por lo tanto, es comprensible, que un importante número de conflictos surjan debido al cambio de rol que experimenta tanto el cuidador como cada miembro de la familia después de haber irrumpido el trastorno mental⁽⁵⁾⁽⁴⁾.

La estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud recoge que el 88% de la atención a personas con enfermedades mentales, en España, la realizan los cuidadores informales ⁽⁶⁾, son, por lo tanto, en nuestra cultura y en los casos en los que sea necesario, quienes asumen el papel de cuidadores de las personas con TMG.⁽⁷⁾

Desde esta perspectiva, es importante destacar la carga a la que en muchas ocasiones se ven sometidos los cuidadores y cómo estos se tienen que adaptar, con escasa ayuda, a las nuevas condiciones derivadas del propio trastorno ⁽⁸⁾. Esta carga repercute en diferentes áreas de la vida del cuidador: *“las tareas de la casa, las relaciones de pareja, las relaciones familiares y sociales, el tiempo libre, la salud mental...”* ⁽⁷⁾. Además, las relaciones entre los miembros de la unidad familiar, debido al nuevo proceso al que se tienen que enfrentar, no suelen ser estables, y pueden volverse tensas ya que, en muchas ocasiones, se originan malentendidos, conflictos, sentimientos de culpa, tensiones, llevando a una pérdida de comunicación e interacción entre ellos ⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Además, estas relaciones causan un desgaste físico y emocional como resultado de los múltiples factores de estrés a los que tienen que hacer frente⁽⁹⁾, afectando al ritmo de vida de todos los miembros, siendo la familia la red de apoyo principal del usuario ⁽¹⁰⁾.

Tampoco nos podemos olvidar del estigma social al que se ven sometidas, tanto las personas con trastorno mental como la propia familia, llevándolos a desventajas a la hora de participar en la comunidad en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos, debido a las reacciones de la sociedad ⁽¹¹⁾. Por ello hay que tenerlo en cuenta y buscar estrategias para alcanzar soluciones tanto a nivel social como personal⁽¹²⁾.

La familia es uno de los apoyos sociales más importantes en nuestra sociedad, por lo que cualquier intervención terapéutica que no la incluya es insuficiente ⁽¹³⁾. Las familias necesitan que se les proporcionen unas herramientas adecuadas para afrontar la nueva situación, pues pueden influir de diferente manera en el curso de estos trastornos. El concepto de

“*emoción expresada*” surge en la segunda mitad del siglo XX y se utiliza para referirse al “*estilo de comunicación prevalente dentro de una familia*”⁽¹⁴⁾. Es importante resaltar que las investigaciones apuntan a que las intervenciones de profesionales que colaboran con los familiares hacen que haya una disminución en el número de recaídas mediante la reducción de la expresión emocional, el estrés y la carga familiar ⁽¹⁴⁾.

El papel que desempeñan los cuidadores informales no pasa desapercibido para los profesionales que trabajan en el ámbito comunitario, quienes reconocen la gran labor que realizan las familias, y advierten que los cuidados informales realizados por las familias influyen significativamente en los programas de atención comunitaria ^{(4) (7)}.

La disfunción en la salud mental de un miembro de la familia, impacta en el sistema familiar e incide en la calidad de vida de cada uno de sus miembros. Esta cuestión, ha sido tenida en cuenta por Bronfenbrenner, quien en la “Teoría ecológica del desarrollo”, asegura que los ambientes que rodean al individuo influyen y le afectan en su vida ⁽¹⁵⁾.

Es por ello que, además de centrarnos en la persona con TMG, hay que tener en cuenta a su propia familia. Es importante que el profesional se comunique con las familias y colaboren, dejando claros aspectos como el conocimiento del trastorno mental, la sintomatología, diagnóstico, entre otros. Pero también aspectos que, en ocasiones, quedan al margen como pueden ser las relaciones que se forman dentro de la familia, las estrategias de convivencia, la comunicación, la detección de los niveles de estrés...siempre intentando promover el bienestar de todos los miembros de dicha familia ⁽¹⁶⁾.

La rehabilitación psicosocial se define como “*un proceso cuya meta global es apoyar a las personas con discapacidades psiquiátricas para que puedan reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles*”⁽¹⁷⁾. Por

ello, la rehabilitación psicosocial no sólo ha de fijarse en las limitaciones de las personas sino que debe centrarse en potenciar sus fortalezas. Es importante destacar, que este tipo de rehabilitación ha de promover una intervención en el propio entorno de la persona. Por lo tanto, otro foco importante, y que en muchas ocasiones la rehabilitación psicosocial olvida, es dar a conocer y promover aquellos recursos existentes en el medio natural donde vive el sujeto, más que sobreprotegerlos creando entornos ideales para ellos, que al final están alejados de la realidad del propio sujeto⁽¹⁸⁾.

La rehabilitación psicosocial ha de garantizar una integración en la comunidad mejorando las relaciones sociales y la calidad de vida de las personas. Si ésta es llevada a cabo de una forma adecuada representa una forma efectiva de atención comunitaria ⁽¹⁹⁾.

Según Farkas, *“las investigaciones realizadas en los últimos años han puesto en tela de juicio la creencia que se tenía de las enfermedades mentales, en donde se consideraba como un proceso de deterioro, o como un proceso de mantenimiento del estado actual del individuo, en dichas investigaciones se han demostrado que en muchos sujetos es posible la recuperación”*⁽²⁰⁾.

Aunque no es nueva la idea de recuperación, sí lo es la redefinición del término y el carácter transformador que se le da al concepto ⁽²¹⁾.

Según el Center for Psychiatric Rehabilitation de la Boston University la recuperación o *“recovery”* respecto a la salud mental es *“un proceso personal y profundo de cambio de actitudes, sentimientos, percepciones, creencias, funciones desempeñadas y objetivos vitales”* considerándola como *“el desarrollo de un nuevo significado y nuevos objetivos en la vida personal, más allá del impacto de la enfermedad mental”*. Esta definición ha sido desarrollada a través del análisis de narrativas en primera persona de individuos que tienen un trastorno mental ⁽²⁰⁾.

La rehabilitación a nivel comunitario, debería tener en cuenta la perspectiva del concepto de recuperación que supone reconocer a la persona como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de su crecimiento personal ⁽¹⁹⁾.

En pocos años, el concepto de recuperación ha pasado a ser protagonista de las políticas de atención a la salud y de los profesionales en países como Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Inglaterra o Estados Unidos, siendo la recuperación el objetivo primordial de los servicios asistenciales ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾.

El concepto de recuperación ha de seguir unos principios ⁽²²⁾:

- Que la persona pueda y sea capaz de construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para ella.
- El término se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas.
- Las relaciones entre profesionales/usuarios no siguen el formato experto/paciente y se asemejan más al “*de compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento*” ⁽²²⁾.
- La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, que nada tiene que ver con la enfermedad o la discapacidad.
- La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto han de ser tenidos en cuenta.

Para llevar a cabo un modelo de atención comunitaria hay que ofrecer a la familia las herramientas necesarias para poder afrontar su vida de una forma digna, permitiendo a la persona y a su familiar continuar desarrollando sus proyectos de vida de forma satisfactoria y de manera integrada en la comunidad ⁽¹⁴⁾. Sin duda, para llevar esto a cabo, sería útil tener en cuenta la participación de las familias en el sistema de atención a la salud mental. Un ejemplo concreto se desarrolló en Vancouver, donde se creó un programa de participación con la familia. Este programa sirvió para sentar las bases para el desarrollo de un “*Comité Asesor de la Familia*”. El objetivo general de este comité es garantizar que las familias

expresen su perspectiva en todas las diferentes áreas de la organización además de que los familiares también ofrecen voluntariamente sus servicios para diferentes actividades ⁽²³⁾.

Una asociación de la provincia de A Coruña ofrece un programa dirigido específicamente a las familias. En la actualidad es llevado a cabo por la trabajadora social, quien a lo largo del año, con una periodicidad de una vez al mes, se reúne con las familias que voluntariamente desean participar.

El programa consta de doce sesiones que se dividen en tres módulos. A continuación, en la tabla I, se muestra la planificación correspondiente:

Tabla I. Planificación de la escuela de familias

Módulo 1	Sesión 1	Septiembre	-La ley de dependencia
	Sesión 2	Octubre	-La familia en el proceso de rehabilitación
	Sesión 3	Noviembre	-La enfermedad mental
	Sesión 4	Diciembre	-La esquizofrenia
	Sesión 5	Enero	-Factores de protección y de riesgo
	Sesión 6	Febrero	-Prevención de recaídas
	Sesión 7	Marzo	-Tratamientos
Módulo 2	Sesión 8	Abril	-Habilidades de comunicación y emoción expresada
	Sesión 9	Mayo	-Habilidades de comunicación y recomendaciones prácticas
Módulo 3	Sesiones 10, 11 y 12	Junio-Julio	-Manejo del estrés y solución de problemas

En estos programas la trabajadora social ofrece sus conocimientos acerca de los temas que se presentan en la tabla anterior, siendo estos muy teórico-formativos. Según la experiencia de los profesionales estos programas no llegan a trascender, siendo la participación de las familias muy escasa, en donde en el año 2014 habiendo 135 socios sólo llegaron

a participar en la “escuela de familias” aproximadamente cinco o seis familiares.

Entonces, si existe un programa de apoyo familiar y analizando la evidencia científica y la experiencia de los profesionales, que han demostrado la importancia de la familia y el entorno social en el proceso de recuperación de la persona con TMG ¿Por qué este no funciona? ¿Cuáles son las necesidades reales de las familias? ¿Son realmente estas necesidades abordadas en el programa?

2. Justificación

Cabe resaltar que, en la actualidad, las TO del Centro realizan una práctica centrada en la persona pero no involucran a los familiares en el proceso de TO, excepto casos puntuales.

La terapeuta ocupacional del centro entiende que es necesaria su participación e involucración activa en el proceso que atraviesa su familiar puesto que ayudará positivamente a la recuperación del mismo.

El terapeuta ocupacional aumenta su eficacia cuando incluye a la familia en el proceso de recuperación del usuario, pero si queremos que el familiar participe en todo el proceso será preciso que este sea visto como un miembro valioso del equipo pudiendo realizar grandes contribuciones en todas las fases del proceso ⁽¹³⁾.

En la literatura revisada se evidencia que tanto el apoyo social (presencia de familiares y amigos) como la participación en actividades en la comunidad son elementos clave en la intervención de la Terapia Ocupacional ⁽²⁴⁾.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) indica que *“el objetivo es permitir a la gente participar en las actividades de la vida cotidiana. Los Terapeutas Ocupacionales logran este resultado mediante el trabajo con las personas y las comunidades para aumentar su capacidad de participar en ocupaciones que quieren, necesitan o se*

espera que hagan o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional” ⁽²⁵⁾.

Los terapeutas ocupacionales llevan a cabo su labor ofreciendo oportunidades que permitan a las personas ser contribuyentes activos; siendo los participantes los que identifican sus problemas y necesidades actuando ellos mismos como parte de la solución, fomentando así el derecho de las personas implicadas a participar en ocupaciones significativas, promocionándose de este modo su calidad de vida y bienestar, y apoyando una adecuada justicia ocupacional ⁽²⁶⁾ ⁽²⁷⁾.

Además, el Terapeuta Ocupacional ayudará a construir una red social beneficiosa y positiva, promoviendo el apoyo mutuo entre iguales, ya que unirse ayuda a reducir el aislamiento, generando así una acción colectiva y forjando un mayor sentido de pertenencia a la comunidad ⁽²⁶⁾.

Este estudio nos va a aportar conocimiento sobre el desempeño y las condiciones en las que se encuentran los familiares de las personas con TMG, en donde obtendremos información sobre sus necesidades reales. De este modo, desde Terapia Ocupacional se podrá desarrollar un plan de intervención que facilite la participación de la familia en el proceso de recuperación de la persona y mejorar así su calidad de vida, ya que la familia es un componente trascendental a la hora de lograr la recuperación de la persona con trastorno mental grave ⁽⁸⁾.

Por todo ello, es necesario analizar la percepción del familiar y del profesional, puesto que explorando sus perspectivas acerca de los programas comunitarios existentes, dirigidos a las familias, se podrá mejorar la calidad y el contenido de los mismos y, consecuentemente, la práctica clínica.

3. Bibliografía

1. Salud mental: un estado de bienestar. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Who.int; 2011 [acceso 27 de Diciembre de 2014]
Disponibile en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es.
2. Lafuente S, Francisco J.S, Criado I, Covarrubias C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos: El caso de Segovia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2007 [acceso 14 Enero de 2015]; 27(2): 47-59. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200005&lng=es.
3. García, J. Análisis de la reforma y de la desinstitucionalización psiquiátrica en España. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [acceso el 14 de Enero de 2015 Conferencia 48-CI-A2: [17 pantallas]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_a2.htm.
4. Martínez JA. Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino. Grupo psicost2002. [acceso el 20 de Diciembre de 2014] Disponible en:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/02_168_02.htm
5. García Alen L.; Talavera Valverde M.A.; Díaz Polo K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2013 [acceso el 24 de Diciembre de 2014]; vol10, supl 8: p 86-91. Disponible en: www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf.
6. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional 2006. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

7. Martínez A, et al. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2009 [acceso el 12 de Enero de 2015.]; vol 23, supl 1: p. 101-110. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/6419>
8. Oriol Bosch A, Resiliencia, Educación médica, 2012; 15 nº2 ,77-78
9. Fornés J. Enfermería en salud mental. Como cuidado al cuidador y a nosotros mismos. Enfermería Global [revista en internet] 2003 [acceso el 13 de Enero de 2015]; 2(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/658>.
10. Salgado S, Flores B, Martínez T, Santiago NA. Vivencias de la familia del enfermo mental. CuidArte [revista en internet] 2012 [acceso el 24 de Diciembre de 2014], 1(1): p. 49-56. Disponible en: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/198/212>.
11. Arnaiz A, Uriarte J.J. Estigma y enfermedad mental. Norte de salud mental. 2006; 6(26): 49-59.
12. López M. Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. 2007.
13. Ocaña expósito L. Papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012 [acceso el 16 de Enero de 2015]; 9(15): [18 p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf>.
14. García PR, Moreno Ana, Freund N, Lahera Guillermo. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [revista en la Internet]. 2012 Dic [acceso el 15 de Enero de 2015]; 32(116): 739-756. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext

15. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 1987.
16. Maluenda J, Ceballos I. La familia en Avifes. 1ª ed. 2014.
17. González JC, Rodríguez A (compiladores) Cuadernos técnicos de Servicios Sociales. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 1ª ed. Madrid: B.O.C; 2006.
18. Florit A. La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de psicología. 2006 [acceso el 24 de Diciembre de 2014]; 24(1-3): p.223-244. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/104/106>.
19. Neira Rodríguez M, Varcécel López M, CoresViqueira P, Ferro Iglesias V. Terapia Ocupacional y tratamiento asertivo comunitario. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2009 [acceso el 15 de Enero de 2015]; Vol 6, Supl. 5: p196-215. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num5/tac.pdf>.
20. Farkas M. La consideración actual de la Recuperación, lo que es y lo que significa para los servicios de atención. WorldPsychiatry. Ed. Española. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) Volumen 5, Número 2. Sept 2007
21. Rosillo, M., Hernández M. & Smith S. P. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33(118), 257-271
22. Davidson, L. Recovery – Concepts and Application. Devon Recovery Group. 2008. Disponible en: <http://www.scmh.org.uk>
23. Casey R, Lal S, Wada M. Promoting a culture of family involvement in mental health. CAOT. [revista en internet]. acceso el 13 de Enero de 2015];14(1) Disponible en: <http://www.caot.ca/otnow/jan12/promoting.pdf>
24. Heredia Pelayo C, Aguilera Serrano C. Percepciones acerca de su red social y participación de actividades en la comunidad de

- personas diagnosticadas de psicosis en menos de cinco años de evolución (desde una perspectiva cualitativa). TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2013 [acceso el 23 de Diciembre de 2014]; 10(17): [29 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original4pdf>.
25. World Federation of Occupational Therapist. Definion of Occupational Therapy [internet]. 2012 [10 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.wfot.org>
 26. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación basada en la Comunidad: Guías para la RBC. Suiza; 2012
 27. Kroneneberg, F., Algado, S., Pollard, N. Terapia Ocupacional sin fronteras Aprendizaje del espíritu de supervivientes. Editorial Médica Panamericana. 2007.
 28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4º Edición. Editorial Mcgraw-Hill. 2006.
 29. Selener D. Participatory action research and social change. Nueva York: Cornell University, Participatory Action Research Network. 1997
 30. Balcazar F. La investigación-acción participativa en psicología comunitaria. Principios y retos. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicólogos. 2003 [acceso el 12 de Enero de 2015]; 21 (3): [p 419-435]. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL21_3_2.pdf.
 31. Martí, J. La investigación-acción participativa. Estructura y fases. La investigación social participativa. El viejo topo. Madrid. 2000: 73-118
 32. Aratzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar CG. Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Pamplona: Eunate; 2012.
 33. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. Investigación cualitativa. Barcelona: Elsevier; 2014.

34. Taylor, S. & Bogdan, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós. 1990.
35. Boletín Oficial del Estado (BOE). 1999. Orden 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

4. Hipótesis y objetivos

4.1. Hipótesis

La participación en programas dirigidos a familiares de personas con trastorno mental grave, dentro de una asociación de la provincia de A Coruña, es muy escasa. Se parte de la intuición investigativa de que modificando la actuación vamos a conseguir una mayor implicación de la familia y esto, a su vez, repercutirá positivamente en el propio proceso de recuperación de la persona.

4.2 . Objetivos

- **Objetivo General:**

- Analizar la percepción del familiar de la persona con TMG y del profesional, acerca de los programas comunitarios existentes, dirigidos a las familias, en una asociación de la provincia de A Coruña.

- **Objetivos específicos**

- Conocer y analizar la situación del familiar de la persona con trastorno mental grave.
- Explorar la satisfacción del familiar acerca de los programas ofrecidos.
- Profundizar sobre los factores principales que llevan al familiar a no utilizar los servicios existentes.
- Describir barreras y facilitadores en el proceso de intervención con el familiar.
- Diseñar un plan de atención familiar desde la Terapia Ocupacional.

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Este trabajo se realizará siguiendo una metodología cualitativa, ya que estudia el fenómeno en su contexto natural, pretendiendo profundizar en la perspectiva de los participantes acerca del fenómeno de estudio, investigando en sus perspectivas, opiniones y significados⁽²⁸⁾.

Para alcanzar los objetivos de este proyecto se utilizará una investigación denominada “Investigación Acción Participación” (IAP) siendo esta *“coherente con los valores de la terapia ocupacional y con los principios de la justicia ocupacional”*⁽²⁷⁾.

La IAP *“considera a los participantes como actores sociales, con voz propia, habilidad para decidir, reflexionar y capacidad para participar activamente en el proceso de investigación y cambio”*⁽²⁹⁾. Este tipo de investigación está orientada a elaborar acciones para transformar la realidad social de las personas involucradas⁽³⁰⁾.

El estudio se dividirá en tres etapas: Diagnóstico (Recogida de la información), Programación (Resultados y discusión), y Conclusiones y Propuestas⁽³¹⁾.

Es importante resaltar que en el proyecto solo tiene cabida la etapa de diagnóstico, esta incluye: el tipo de muestreo utilizado, la entrada al campo, los métodos de recogida de datos, el análisis de los mismos y los criterios de rigor y credibilidad.

Las etapas restantes (programación/ conclusiones y propuestas), en el momento actual, es imposible su realización ya que dependerán de los resultados obtenidos en el estudio.

5.2. Ámbito de estudio y perfil de informantes

El estudio se realizará en una asociación de la provincia de A Coruña, dicha asociación da atención a las necesidades de rehabilitación psicosocial y laboral de las personas con TMG y a sus familias mediante una atención integral personalizada y facilitando un entorno social normalizado, para lograr su autonomía e integración en la comunidad.

La selección de participantes se realiza siguiendo un muestreo intencional pudiendo el investigador elegir *“la selección de los participantes a propósito o de manera intencionada por factores que el investigador conoce de antemano”* ⁽³²⁾.

Para la selección de los participantes se han establecido unos criterios a cumplir para poder formar parte de la investigación. A continuación en la tabla II se muestran los mismos:

Tabla II. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser socio/a o familiar de un usuario socio/a de la asociación. ✓ Firmar el consentimiento informado ✓ Ser familiar de una persona con TMG 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser menor de edad

5.3. Entrada al campo

La entrada al campo se produce a través de la asignatura “Estancias Prácticas VII”, que pertenece al 4º curso de Grado en Terapia Ocupacional, con duración de Octubre 2014 a Febrero 2015.

Una vez conocidos los programas realizados en el centro nacen diferentes inquietudes que conducen a la pregunta de investigación dando entrada al estudio.

En un primer momento se contactará con la directora del centro para informarle acerca de la finalidad del estudio y poder recibir su permiso. A continuación, los “guardianes” se pondrán en contacto con posibles participantes para plantearles la posibilidad de ser partícipes en el

estudio. Por último, se realizará un contacto directo con los familiares para informales sobre el estudio, en qué consistiría su participación e invitarles a formar parte del mismo.

5.4. Recogida de información

Las técnicas seleccionadas para la recogida de datos han sido la **entrevista semiestructurada** y la realización de un **grupo de discusión**.

5.4.1. Entrevista

Para la realización de la entrevista se creará un guión preestablecido de preguntas abiertas. La entrevista tiene como principal finalidad *“obtener información en profundidad sobre actitudes, valores y opiniones relativas al problema de investigación...buscando comprender las perspectivas que tienen los entrevistados”*⁽²⁸⁾.

Para obtener los datos, se elabora un guión de entrevista:

- Anexo II. Entrevista Grupo de informantes (Familiares).

Estas entrevistas serán grabadas para poder realizar su transcripción de forma adecuada. Además, se llevará a cabo la realización de un cuaderno de notas en el que se registrará *“información principalmente descriptiva de lo que se ve, de lo que se ha elegido observar y por qué”*⁽³²⁾.

5.4.2. Grupo de discusión

La finalidad del grupo de discusión es conseguir información a través del diálogo e interacción entre los participantes del estudio. El grupo estará formado tanto por los familiares de los usuarios como por profesionales del centro ⁽³³⁾.

El conjunto contará con la supervisión de un moderador y un ayudante y este estará formado por un grupo de entre siete y diez personas.

En el anexo III se muestra la planificación correspondiente.

5.5. Plan de Análisis

Se llevará a cabo un análisis de los datos, tratando de organizar y procesar todos los datos obtenidos de las entrevistas, notas de campo y

del grupo de discusión. Se compararán así los datos logrados y serán analizados para poder elaborar las conclusiones del estudio.

En la investigación cualitativa, según Taylor & Bogdan, el análisis de datos consta de tres fases: descubrimiento, codificación de los datos y relativización de los descubrimientos ⁽³⁴⁾.

Se llevará a cabo un análisis de los datos, tratando de organizar y procesar todos los datos obtenidos de las entrevistas y notas de campo. Así, se realizará una primera codificación, donde se tratará de extraer los datos que ofrecen un significado relevante en relación a los objetivos planteados en nuestro estudio, asignándole a cada idea un determinado código.

Con los códigos obtenidos, se efectuará una agrupación de los mismos en función del significado que compartan, estableciendo relaciones, comparando y extrayendo así las categorías que procedan.

A partir de este momento, a las categorías que han emergido de los datos obtenidos de las entrevistas se le agregarán los aspectos más relevantes extraídos del grupo de discusión creando, con la suma de los dos, los temas finales propuestos ⁽³²⁾.

Con el fin de dar rigor y credibilidad a los resultados, se contrastará y verificará la información a través de la triangulación de investigadores, esta se llevará a cabo entre la investigadora principal del estudio y las tutoras del mismo (co-investigadoras).

5.6. Aplicabilidad y limitaciones del estudio

5.6.1. Aplicabilidad

La aplicabilidad de este proyecto reside en visibilizar la importancia de incluir la figura del Terapeuta Ocupacional en la atención a las familias en salud mental. Por ello, con los resultados obtenidos del estudio y la evidencia científica encontrada, se realizará una propuesta de intervención de Terapia Ocupacional dirigida a los centros de reinserción psicosocial y laboral (CRPL).

Con este estudio aumentaremos el conocimiento de la situación ocupacional que viven los familiares de las personas con TMG que acuden a la asociación.

Con todo ello, empoderamos a los familiares y fomentamos así su involucración en el proceso de recuperación de la persona con TMG.

5.6.2. Limitaciones

Siendo la familia una figura importante en el proceso de intervención de Terapia Ocupacional existe escasa bibliografía acerca del tema.

Otra posible limitación del estudio es la situación en la que se encuentran los familiares entrevistados, ya que en la mayoría de las ocasiones existe una tardía derivación por parte de las unidades de salud mental, lo que puede contribuir a que en muchas ocasiones las familias ya estén agotadas y no quieran participar en el estudio, reduciendo de este modo el número de participantes de la muestra.

5.7. Rigor y credibilidad de la investigación

Los criterios que se emplearán para evaluar la calidad del estudio cualitativo y su rigor metodológico son la credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad⁽³²⁾.

La **credibilidad** hace referencia a la autenticidad de los resultados, es decir, hay que asegurarse que los hallazgos expresen los significados propios de los participantes⁽³²⁾.

La **transferibilidad o aplicabilidad** se refiere al grado en que los resultados pueden ser aplicados en otros contextos u otras poblaciones. Por ese motivo es muy importante conseguir una descripción exhaustiva de todo el proceso de investigación. A través de un perfil detallado de la muestra de estudio como de los contextos se permite, que dicho trabajo pueda ser llevado a cabo en otras poblaciones y contextos con las mismas semejanzas⁽³²⁾.

La **consistencia o auditabilidad** se describe como la estabilidad de los datos. Se conseguirá realizando una descripción detallada de todas las

fases del estudio, disminuyendo la influencia de sesgos y utilizando estrategias de triangulación ⁽²⁹⁾. La triangulación ofrece la consistencia necesaria para el estudio, “*de esta forma se asegura que otro investigador en caso de realizar el estudio en el mismo contexto, los resultados obtenidos serán similares y nunca contradictorios*” ⁽³²⁾.

La **confirmabilidad** es competencia del investigador identificar, analizar y registrar los posibles “sesgos” para mejorar la comprensión de los datos obtenidos ⁽³²⁾.

6. Plan de trabajo

La investigación tendrá una duración de 8 meses, desarrollándose entre Septiembre de 2015 y Junio de 2016.

La distribución del cronograma se divide en seis apartados:

- Búsqueda bibliográfica, entrada al campo, recogida de información, análisis de la información, redacción informe final, y difusión de los resultados (Tabla III).

Tabla III. Cronograma mensual de la investigación.

	2015				2016			
	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
1. Búsqueda bibliográfica								
2. Entrada al campo								
3. Recogida de información								
4. Análisis de la información								
5. Redacción informa final								
6. Difusión de resultados								

7. Consideraciones Éticas

Previamente al inicio de la investigación, se realizará la solicitud al Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG)

Tras la selección de los sujetos del estudio, se ha de informar a los participantes sobre la naturaleza, metodología y objetivos de la investigación. Con ello, se ha confeccionado para los participantes la siguiente documentación:

- **Hoja de información al participante** que se entregará a los participantes (Anexo IV) en la que se detallarán todos los datos pertinentes acerca del estudio y del manejo de la información por parte del investigador.
- **Hoja de consentimiento informado**, en la que se les solicitará a los participantes la autorización para la grabación de las entrevistas y en la que se informa de la cesión de sus datos (Anexo V).

Esta investigación se acogerá al amparo de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal⁽³⁵⁾, haciéndose constar el compromiso de la entrevistadora de guardar el anonimato y la posibilidad de retirarse de la investigación en cualquier momento que el entrevistado considere y revocar el uso de sus datos de estimarlo oportuno.

8. Plan de difusión de los resultados

La divulgación de los resultados obtenidos del estudio se hará en los siguientes medios:

Revistas

- ✓ **Ámbito nacional**
 - Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
 - Revista informativa de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).

- ✓ **Ámbito internacional**
 - British Journal of Occupational Therapy (Factor de Impacto JRC: 0.636).
 - Canadian Journal of Occupational Therapy (Factor de Impacto JRC: 0.915).
 - Occupational Therapy international (Factor de Impacto JRC: 0.780).
 - Scandinavian Journal of Occupational Therapy (Factor de Impacto JRC: 1.090).
 - Australian Occupational Therapy Journal (Factor de Impacto JRC: 0.846).

Congresos

- ✓ Congreso Nacional de Estudiantes de Terapia Ocupacional (CENTO) – 2016
- ✓ First Joint Congress of the Council of Occupational Therapist for European Countries (COTEC) and European Network of Occupational Therapy (ENHOTE) - Galway (Ireland), Junio 2016.
- ✓ 17th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists (WFOT) – 2018.

9. Financiación de la investigación

9.1. Recursos necesarios

Para llevar a cabo la investigación será necesario un terapeuta ocupacional, siendo este el responsable del planteamiento, realización y difusión de la investigación. Por lo tanto, los recursos requeridos para llevar a cabo el estudio, constan de:

- Recursos humanos: Terapeuta Ocupacional.
- Recursos materiales: grabadora, ordenador, impresora y material fungible (cuaderno de campo y material variado de oficina).
- Desplazamientos a domicilios.
- Viajes y dietas: para la difusión de resultados.

A continuación, en la tabla IV se presenta el desglose del presupuesto estimado para la investigación.

Tabla IV. Recursos necesarios para la investigación.

	Coste	Total
Recursos Humanos		
1 Terapeuta Ocupacional (8 meses)	1293€	10344€
Recursos Materiales		
1 Grabadora	39,99€	39,99€
1 Ordenador portátil	545€	545€
1 Impresora	49,95€	49,95€
Internet	40€	720€
Material fungible (cuaderno de campo, lápices, bolígrafos, material de oficina)	150€	150€
Material fungible (5 cartuchos tinta impresora)	40€	200€
Desplazamientos a domicilios		
Vehículo personal	0€	0€
Gastos desplazamiento (Km/litro)	300€	300€
Viajes y dietas		
3 Inscripción a un congreso	200€	600€
Alojamiento	250€	750€
Desplazamiento	400€	1200€
Total		14.898,94€

9.2. Posibles fuentes de financiación de la investigación

Para realizar la investigación se solicitarán las siguientes fuentes de financiamiento (véase tabla V)

Tabla V. Financiación de la investigación.

Tipo de ayuda	Organismo que la proporciona
Beca de investigación de la Diputación de A Coruña	Diputación de A Coruña
Programas de ayudas a proyectos de iniciativas sociales	Obra social “La Caixa”
Ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi	Fundación Mapfre

10. Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi tutora, Paula Díaz Romero, por todos sus ánimos y apoyo en la elaboración de este proyecto. Además quiero darle las gracias por haber aportado un poco de luz en la asignatura de Estancias prácticas VII, logrando cambiar la visión que tenía errónea (y no era fácil), de que el Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la salud mental no era una figura importante.

También agradecer a mi tutora María Jesús Movilla Fernández por haber ayudado a que este proyecto tomase la forma adecuada, llegando así al final del camino.

A mis compañeros de clase y familia por acompañarme durante estos cuatro años. A todos ellos GRACIAS por su gran paciencia y por darme la oportunidad de vivir esta experiencia.

Anexos

- Anexo I. Búsqueda bibliográfica.
- Anexo II. Entrevista al familiar.
- Anexo III. Guión grupo de discusión.
- Anexo IV. Hoja de información al participante.
- Anexo V. Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio de investigación.

Anexo I. Búsqueda bibliográfica

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica empleando las siguientes bases de datos:

DIALNET, CSISC, PUBMED

Asimismo se ha utilizado el buscador GOOGLE ACADÉMICO para hallar artículos que se encontraban en la bibliografía consultada. También, se obtiene información relevante de libros de referencia en la materia.

El término booleano utilizado ha sido “y/and” para relacionar los términos que se pretendían buscar.

Base de datos	Términos y booleanos	Límites	Número de resultados	Seleccionados
Dialnet	“terapia ocupacional-familia”		44	1
	“emoción expresada-esquizofrenia”		20	1
	“recuperación”- “servicios”- “personas”		69	1
	“estigma”- “salud mental”		47	1

Base de datos	Términos y booleanos	Límites	Número de resultados	Seleccionados
CSIC	“enfermedad mental” “familia”	Se ha limitado la búsqueda a la base de datos	71	2
	“sobrecarga” “familia” “esquizofrenia”	ISOC (base de Ciencias Sociales y Humanas).	3	1

Base de datos	Términos y booleanos	Límites	Número de resultados	Seleccionados
PUBMED	“occupational therapy and mental disease and family”	Filtrando los documentos a texto completo y los textos de los últimos cinco años	46	0

Anexo II. Entrevista para el familiar

- 1- ¿Cómo es un día a día en su vida?
- 2- ¿Puede contarme si ha cambiado alguna cosa desde que a su familiar le dijeron su diagnóstico clínico?
- 3- Podría contarme ¿cuáles son las actividades más importantes para usted? ¿Las realiza con frecuencia?
- 4- ¿Ha sido invitado a colaborar en el proceso de recuperación de su familiar?
- 5- ¿Qué opina que tendría que tratarse en los programas que ofrece la asociación dirigidos a usted, como familiar?
- 6- ¿Se ha sentido apoyado por los profesionales del centro?
- 7- ¿Considera que ha recibido o aportado, según sea necesario, la suficiente información sobre sus inquietudes?
- 8- ¿Cuál cree que son los motivos que llevan al familiar a no participar en los programas?
- 9- ¿Desde la asociación, considera que están siendo abordadas sus necesidades?
- 10- ¿Está contento con lo que le ofrece la asociación?
- 11- ¿Cuáles son las dificultades y/o los facilitadores que encuentra a la hora de participar en los programas?
- 12- ¿Desea añadir algo más que no se haya mencionado hasta el momento?

Anexo III. Guión del grupo de discusión

1º Presentación de la investigación: en esta presentación se realizará un breve resumen reflejando los objetivos y la finalidad del estudio. Además se informará de los aspectos éticos del mismo.

2º Temas de conversación: percepción que los familiares y profesionales tienen acerca de los programas existentes en la asociación y que están dirigidos a las familias.

El período de tiempo en el que se llevará a cabo el grupo de discusión no superará la hora de duración. Este, al igual que las entrevistas, será grabado para facilitar la posterior transcripción del mismo.

El guión establecido para la consecución de los objetivos se detalla a continuación:

Objetivo	Pregunta	Pregunta de seguimiento
Conocer la percepción del cuidador principal, de la persona con TMG, y del profesional acerca de los programas existentes de atención a las familias de una asociación de la provincia de A Coruña.	¿Cuáles creéis que son los motivos que llevan al familiar a no participar en los programas? ¿Cuáles son vuestras necesidades?	¿Podrías comentar algo más acerca de ese tema?
Conocer y analizar la situación del familiar de la persona con trastorno mental grave	¿Desde la asociación, consideráis que están siendo abordadas estas necesidades?	¿Puedes explicar mejor lo que acabas de comentar?
Explorar la satisfacción del familiar acerca de los programas ofrecidos.	¿Estáis contentos con lo que os ofrece la asociación?	¿Me lo podrías explicar con algún ejemplo?
-Profundizar sobre los factores principales que llevan al familiar a no utilizar los servicios existentes. -Describir barreras y facilitadores en el proceso de intervención con el familiar.	¿Cuáles son las dificultades y/o los facilitadores que encontráis a la hora de participar en los programas?	¿A alguien le gustaría añadir algo más sobre este punto?

Anexo IV. Hoja de información a los participantes

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE:

TÍTULO: *“La familia en el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave. Una mirada desde la otra perspectiva”*.

INVESTIGADOR: Cristina Rodríguez González, con D.N.I: *****
estudiante de Grado de Terapia Ocupacional por la Universidad de A
Coruña.

Este estudio forma parte de la asignatura “Trabajo Fin de Grado” de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional por la Universidad de A Coruña, tutorizado por Paula Díaz Romero y María Jesús Movilla Fernández.

Este documento tiene por objeto hacerle llegar información sobre el mencionado estudio de investigación en el que se le invita a participar y que se desarrollará con su colaboración.

La participación en él es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar, o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo de este estudio es conocer la percepción del cuidador principal, y del profesional acerca de los programas existentes que dan atención a las familias, en una asociación de la provincia de A Coruña.

A su vez, conocer esta percepción contribuirá con nuevas estrategias de acción y colaboración, por parte de la Terapia Ocupacional y los familiares, para el desarrollo de nuevos programas basados en las necesidades de estos últimos.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación, se centrará en responder unas preguntas sencillas, formuladas por el investigador, y la colaboración con su intervención en un grupo de discusión formado entre siete o diez personas, con una duración no superior a una hora.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

La participación en el estudio no atañe ningún riesgo, ya que con él solo buscamos la obtención de información.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Se espera que, en el futuro, las conclusiones de esta investigación promuevan la construcción de nuevos programas dirigidos a los familiares, centrados en las perspectivas, intereses y necesidades de éstos.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted así lo desea, y lo hace constar en la hoja del consentimiento informado para la participación en el estudio, se le facilitará un resumen con los resultados del mismo.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán enviados a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Esta investigación se acogerá al amparo de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal, haciéndose constar el compromiso de la investigadora de guardar el anonimato y la posibilidad de que el participante se retire de la investigación en cualquier momento revocando el uso de sus datos si lo estima oportuno.

¿Quién me puede dar más información?

Para más información, puede contactar con Cristina Rodríguez González en el número de teléfono *** ** o en el correo electrónico *****.

Muchas gracias por su atención y reciba un cordial saludo.

Anexo V. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO: *“La familia en el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave. Una mirada desde la otra perspectiva”*

Yo _____ con DNI _____

- He leído la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, he podido hablar con Cristina Rodríguez González y hacerle todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones, y considero que he recibido suficientemente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones anteriormente detalladas en la hoja de información al participante.
- Proporciono libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En relación con la grabación de audio de la entrevista realizada:

- Autorizo a Cristina Rodríguez González, investigadora del estudio, para que pueda entrevistarme y pueda publicar o difundir los resultados de dicha entrevista mediante su reproducción, distribución y/o comunicación pública exclusivamente en medios académicos y/o científicos. Dicha entrevista sólo podrá ser publicada y/o difundida bajo seudónimo.

Respeto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante:

- Sí permito que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por cualquier medio.
- NO permito que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.

En lo referente a los resultados:

- DESEO conocer los resultados del estudio.
- NO DESEO conocer los resultados del estudio.

El/la participante

[Nombre, firma y fecha]
fecha]

El/la investigador/a

[Nombre, firma y