



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2016-2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**La experiencia del “sin hogarismo”
en personas con Trastorno Mental Grave.**

Dolores Maraude Morteo

Septiembre 2017

Directoras del trabajo

Nuria García Gonzalo

Profesora Asociada de la *Facultade de Ciencias da Saúde* (UDC)

Índice

1. Antecedentes y estado actual del tema.....	6
2. Referencias bibliográficas	16
3. Objetivos	21
4. Metodología.....	22
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Ámbito de estudio	22
4.3. Selección de informantes	23
4.4. Definición del tema y búsqueda bibliográfica.....	25
4.5. Entrada al campo.....	25
4.6. Recogida de información.....	25
4.7. Plan de análisis.....	27
4.8. Rigor metodológico.....	27
4.9. Aplicabilidad.....	28
5. Plan de difusión de los resultados.....	29
5.1. Revistas.....	29
5.2. Congresos.....	30
6. Plan de trabajo.....	31
7. Aspectos éticos.....	33
8. Financiación de la investigación.....	34
8.1. Recursos necesarios.....	34
8.2. Posibles fuentes de financiación.....	36
9. Apéndices.....	37
Apéndice I. Búsqueda bibliográfica.....	37
Apéndice II. Solicitud al CAEI de Galicia.....	38

Apéndice III. Carta de presentación y solicitud de autorización.....	41
Apéndice IV. Hoja de información al participante.....	41
Apéndice V. Consentimiento informado.....	44
Apéndice VI. Guión entrevista Grupo I.....	45
Apéndice VII. Guión entrevista grupo II.....	46
Apéndice VIII. Listado de abreviaturas.....	47

Resumen: A lo largo de la historia, las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) han tenido problemas de marginación y aislamiento, que les impide ejercer sus derechos como miembros de la sociedad.

En numerosas ocasiones, la falta de recursos y de apoyo social conlleva a este grupo de personas a comenzar un proceso de exclusión pudiendo terminar en una situación de “sin hogarismo”.

La Terapia Ocupacional es una disciplina social que apoya la idea de construir comunidades inclusivas en las que se deba incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, y la igualdad de oportunidades para participar en ocupaciones significativas que, permitan a las personas desarrollar su potencial y experimentar bienestar.

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer las vivencias de las personas con Trastorno Mental Grave desde que son diagnosticadas hasta terminar en una situación de “sin hogarismo”.

En esta investigación se empleará una metodología cualitativa, ya que se considera necesaria para rescatar el significado que las personas le otorgan a estas vivencias que forman parte de su historia de vida.

Palabras clave: Salud mental, Trastorno Mental Grave, ocupación, “sin hogarismo”, participación, justicia ocupacional.

Abstract: Throughout history, people with Severe Mental Illness (SMI) have had problems of marginalization and isolation, which prevents them from exercising their rights as members of society.

On many occasions, the lack of resources and social support leads this group of people to begin a process of exclusion and can end up in a situation of "homelessness"

Occupational Therapy is a social discipline that supports the idea of building inclusive communities in which individual, community and political awareness must be increased and equal opportunities to participate in meaningful occupations that allow people to develop their potential and experience wellness

The objective of this research project is to know the experiences of people with Severe Mental Disorder since they are diagnosed until ending up in a situation of "homelessness".

In this research will be used a qualitative methodology, since it is considered necessary to rescue the meaning that people give to these experiences that are part of their life history.

Key words: Mental health, Severe Mental Disorder, occupation, "homelessness", participation, occupational justice.

Resumo: O longo da historia, as persoas con Trastorno Mental Grave (TMG) tiveron problemas de marxinación e asilamento, o que lles impide exercer os seus dereitos como membros da sociedade.

En numerosas ocasións, a falta dos recursos e do apoio social conleva a este grupo de persoas a comezar un proceso de exclusión podendo terminar nunha situación de “sen fogar”.

A Terapia Ocupacional é una disciplina social que apoia a idea de construír comunidades inclusivas nas que se deba incrementar a conciencia individual, comunitaria e política, e a igualdade de oportunidades para participar nas ocupacións significativas que, permitan as persoas o desenvolvemento do seu potencial e experimentar benestar.

O obxectivo deste proxecto de investigación é coñecer as vivencias das persoas con Trastorno Mental Grave (TMG) dende que son diagnosticadas ata terminar nunha situación de “sen fogar”.

Nesta investigación emplearase una metodoloxía cualitativa, xa que se considera necesaria para rescatar o significado que as persoas otórganlle a estas vivencias que forman parte da súa historia de vida.

Palabras clave: Saúde mental, Trastorno Mental Grave, ocupación, “en fogar”, participación, xustiza ocupacional.

1. Antecedentes y estado actual del tema

La salud mental es parte integral de la salud, así se reconoce en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entiende este concepto como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1)

La salud mental es definida como “un estado de bienestar el cual el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (1,2).

Existen diferentes problemas relacionados con la salud mental, algunos pueden ser leves y durar unas semanas, mientras que otros son más graves y durar toda la vida. Los Trastornos Mentales Graves (TMG) ocasionan una carga importante en la gente afectada, que según el DSM-IV equivale a un 1% del total de la población mundial (3).

El término persona con Trastorno Mental Grave (TMG) es utilizado para definir un extenso y difuso grupo de personas “con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades” (4,5).

Hasta el momento no existe una definición consensuada en torno al concepto, no obstante la definición con más aceptación es la propuesta por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, en la que esta definición cuenta con tres dimensiones (3,6):

- Dimensión diagnóstico incluye principalmente a las personas que padecen algún tipo de psicosis funcional (no orgánica).
- Dimensión discapacidad: Supone que a consecuencia del trastorno presentan variadas discapacidades psicosociales o déficits, expresadas en dificultades para el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

- Dimensión duración: periodo de dos años de duración de tratamiento y no de la enfermedad ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar difícil de delimitar en el tiempo.

La sintomatología patológica y las características individuales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, no son los únicos factores relacionados con la salud mental, sino que este colectivo presenta una compleja problemática social y sanitaria con un deterioro en sus capacidades y en su nivel de funcionamiento psicosocial.

Las limitaciones de estas personas pueden suponer un doble proceso de afectación recíproco, puesto que algunas características relacionadas con la sintomatología pueden afectar a las relaciones sociales, a sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente, y a su vez, estas dificultades para afrontar las demandas del ambiente pueden afectar negativamente causando más estrés y alteraciones en la persona, que pueden llegar a ser agravantes de la enfermedad (6).

Al igual que la salud puede verse afectada por factores no exclusivamente clínicos, la salud mental también se ve afectada por otros aspectos que pueden amenazar o mejorar el estado de salud mental de un individuo (2). Los determinantes de la salud incluyen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad (1).

Este concepto de la salud y sus determinantes implícitos en la definición de la salud de la OMS, junto con la Ley General de Sanidad de 1986, configuraron el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España, iniciada en 1985 a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (7).

Si se considera que la salud "no es solamente la ausencia de afecciones y enfermedades", la atención exclusivamente clínica descuidaba muchas

necesidades y aspiraciones del ser humano, englobadas en el concepto de bienestar (8), y el principal modelo de atención organizado en torno al internamiento durante largos períodos de tiempo, o incluso de por vida en instituciones psiquiátricas, conllevaba a un importante factor de deterioro personal además de marginación y aislamiento de la sociedad (9).

En esta reforma se plantea la organización de un nuevo modelo de atención basado en la comunidad buscando atender los problemas de salud mental dentro del entorno social en donde vive la persona, reconociendo los factores psicosociales que inciden en el proceso de enfermar y en el curso y evolución del trastorno para evitar su marginación e institucionalización (6). El hecho de tener una TMG, no debe llevar asociado la pérdida de los derechos ciudadanos (7).

El método comunitario que se plantea en la reforma se basa en un enfoque holístico de la persona en su entorno, teniendo en cuenta los aspectos biológicos como los psicológicos y los sociales del individuo, atendiendo no solamente la enfermedad, sino también la salud, atender no sólo al individuo, sino también a la comunidad (9), tratando de aprovechar mejor los recursos conjuntos de los profesionales sanitarios, de las familias y del entorno (10).

El objetivo de la rehabilitación no es curar la enfermedad, sino mejorar el funcionamiento, el nivel de adaptación y la calidad de vida (5,8). El tratamiento farmacológico, por sí mismo, no enseña ni fortalece la competencia en las funciones instrumentales, las relaciones sociales o el desempeño laboral. Por tanto, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, una ocupación y estrategias de afrontamiento orientados a la tarea mejoran los niveles de calidad de vida en estas personas (11).

La desinstitucionalización planteó la necesidad de servicios de calidad en la comunidad, requiriendo no solo nuevos modelos de provisión de servicios, sino la creación de vías de cuidado incluyendo intervenciones

de profesionales de alto nivel y redes de organizaciones que trabajarían en colaboración para suministrarlos (10).

El cambio que ha habido tras la reforma, supone un cambio en las funciones y responsabilidades. Una vez que se cierran todas las instituciones y se sitúa las personas en la comunidad, todo el proceso de trabajo es totalmente diferente. Se han sacado de las grandes instituciones a los profesionales y se ha tenido que formar a los profesionales que van a trabajar en recursos nuevos, una tarea que no está siendo fácil y el trabajo en la comunidad, sigue siendo algo excepcional (10)

A pesar de los avances de la reforma, la consulta psiquiátrica continúa siendo el eje central de la atención, dejando en un segundo plano los recursos de rehabilitación y los programas de soporte social encaminados a mantener una inserción social progresiva y de forma regular. Sin embargo, los usuarios de los servicios insisten en ciertos factores como la eliminación de las barreras de discriminación y la integración social mayor, el acceso a un puesto de trabajo y a otros roles sociales valorados (8).

A pesar de que se ha demostrado que los hospitales psiquiátricos prestan una atención inadecuada y que los servicios comunitarios son más eficaces, muchos países de ingresos medios que han hecho inversiones considerables en grandes hospitales psiquiátricos son reacios a reemplazarlos (12).

Muchos de los centros de internamiento se cerraron para posteriormente volverse a abrir tratando de ofrecer una atención más acorde con lo dictado en la Ley. En Galicia, de los hospitales psiquiátricos que había, dos de ellos no fueron cerrados hasta el año 2012, y el siguiente se cerró en enero de 2016, es decir, 30 años después de la aprobación de la Ley. En el caso del hospital de Conxo, situado en Santiago de Compostela, pese que a que el servicio es diferente al ofrecido antaño, llama la atención por no haberse cerrado nunca.

Las reticencias al cierre de estas instituciones están directamente relacionadas con la falta de recursos alternativos (13). El insuficiente desarrollo de los recursos y la atención comunitaria contribuye a generar consecuencias negativas entre las que se incluyen el fenómeno de la puerta giratoria, aumento de los ingresos hospitalarios, aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar, sobrecarga de algunas familias, que se pueden desestructurar al verse sobrepasadas por el cuidado y convivencia con su familiar con TMG (6).

La prioridad otorgada a la consulta psiquiátrica y la falta de recursos comunitarios, hace que el apoyo social suela estar restringido al ámbito de la familia o al propio sistema de cuidados sociales y sanitarios (5). De esta manera, quienes no cuentan con apoyo familiar pueden verse incluso a situaciones de riesgo y marginación debido a las dificultades que estas personas pueden presentar para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado (6).

En un informe elaborado por la Social Exclusion Unit (SEU) en el año 2004 en Inglaterra, se señalaba que: “Hay cinco razones principales por las cuales los problemas mentales causan y refuerzan la exclusión social con mucha frecuencia: el estigma y la discriminación, las bajas expectativas respecto a las capacidades de las personas que sufren problemas mentales, la falta de responsabilidad clara para la promoción de los desarrollos profesionales y sociales, la inexistencia de apoyo continuado que permita trabajar a estas personas y las barreras para su integración en la comunidad”. (8)

La evidencia del riesgo de exclusión que padecen las personas con TMG (1,6), hace que sea necesario proveer apoyos específicos, ya que el tratamiento farmacológico, por sí mismo, no enseña ni fortalece la competencia en las funciones instrumentales, las relaciones sociales o el desempeño laboral (5,8).

En algunos países de Europa entre los que se incluye a España, la gente con problemas de salud mental que presenta apoyo social, presenta mayor estabilidad sintomatológica y permanencia en la comunidad (5,14).

El apoyo social ha sido reconocido como factor de protección de los problemas mentales (5) y se ha evidenciado científicamente que trabajar con la familia reduce la tasa de recaída entre los afectados por psicosis. La creciente conciencia sobre el derecho a conocer y a participar en la elaboración de los programas, replantea la necesidad de otro cambio estructural en el sistema de tratamiento y la atención a los problemas de salud mental en los servicios públicos en donde se establezca una alianza terapéutica con la familia para obtener mejores resultados (8).

La ocupación es entendida como “las actividades diarias que poseen un valor significativo para las personas, las cuales son reconocidas y organizadas por los individuos y la cultura, entre las que se incluyen la contribución productiva a la comunidad, el disfrute de la vida y las actividades dirigidas al autocuidado”; a través de la ocupación las personas adquieren identidad, crecen y se desarrollan (15).

Towsend considera que la ocupación es un proceso activo a lo largo de la vida, además de un potencial transformador ya que, se refiere a las oportunidades de los seres humanos para elegir y participar en ocupaciones a los efectos de dirigir y cambiar aspectos ya sean personales o sociales (16).

La OMS, ha reconocido la influencia que la ocupación tiene en la salud, y entiende que ésta puede ser afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida.

En el Marco para la práctica de Terapia Ocupacional se expone que “la salud es alcanzada y mantenida cuando las personas son capaces de comprometerse en ocupaciones y en actividades que permiten la participación deseada o necesaria y que aportan propósito y significado en sus vidas” (17).

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) define a la terapia ocupacional como “una profesión centrada en el cliente que apoya a la salud a través del compromiso con la ocupación”, así, la actividad con propósito apoya la salud y el bienestar y organiza la vida diaria de las personas (17).

Desde una perspectiva social, se considera que la ocupación es un fenómeno sistémico complejo en el cual, fruto de la esencia social de las personas, emerge un marco de valores, restricciones y reglas que generan un concepto de ocupación relativo al contexto de las comunidades (15,18). Si la ocupación y participación humana son fundamentales para mejorar la salud de las personas y comunidades, se hace necesario identificar las necesidades y fortalezas ocupacionales a las cuales deben tener acceso todas las personas (19,20).

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) señala la influencia social y cultural en el desempeño ocupacional individual afirmando que, “las personas tienen derecho a recibir apoyo para participar en la ocupación y, a través de esa participación, ser incluidas y valoradas como miembros de su familia, comunidad y sociedad”; con esta aportación, pretende reflejar el vínculo entre los derechos humanos con respecto a la ocupación y a la participación humana y, afirma que desde terapia ocupacional se debe de trabajar con las personas y la comunidad para aumentar la capacidad de participar en acciones que las personas necesitan (21).

Esto concuerda con la recomendación de la carta de Ottawa en donde se propone una reorientación de servicios sanitarios más allá de lo clínico curativo, haciendo hincapié en los recursos sociales y personales de forma que cualquier persona, a pesar de cualquier disfunción ocupacional de índole físico, psíquico o social, ejerza una participación ciudadana de pleno derecho en donde pueda desarrollar su potencial (22).

Existen revisiones de la literatura que analizan la trayectoria histórica del paradigma social de la ocupación, verificando que ya desde 1974, se

muestran trabajos precursores de este enfoque. Las revisiones de Malfitano de Souza en 2016 y de Gupta, prestan especial atención a los enfoques desde las perspectivas colectivas contextuales, estructurales y sistémicas más amplias (nivel macro), y en cómo los problemas estructurales se relacionan con las injusticias ocupacionales que se experimentan a nivel individual (23).

La negación de los recursos y las oportunidades para participar en ocupaciones significativas implica que existan comunidades o poblaciones que puedan ser incapaces de ejercer estos derechos, lo que causan una situación de injusticia ocupacional (16,20). El aislamiento que presentan estas personas, es el resultado de una situación de mayor desventaja en cuanto a su salud, y una participación restringida priva al ser humano de su capacidad de autorealizarse en la sociedad (24).

A lo largo de la historia, las personas con TMG han tenido problemas de marginación y aislamiento, que los sitúa en una posición de desigualdad en cuanto a su salud (25). Las capacidades personales de las personas con problemas de salud mental para participar en la comunidad y mantener relaciones sociales, se ven afectadas por las funciones mentales y la fatiga. Sus vidas son el resultado de un complejo encadenamiento de vivencias, carencias, fracasos, frustraciones, pérdida de derechos y problemas graves, que les ha ido introduciendo en un túnel de vulnerabilidad social, que en muchos casos los a la exclusión social más extrema: el “sin hogarismo” (3).

Los factores que se asocian a las condiciones de vulnerabilidad y exclusión social que sufren las personas que viven sin hogar, adquieren especial relevancia por el impacto que tienen sobre el desarrollo de la persona. Es por ello, que se requiere una comprensión integral de esta problemática humana y social (25).

La falta de integración en una red social con apoyos suficientes hace que el abordaje terapéutico de esta población tenga todavía mayores dificultades, observándose discontinuidad en el seguimiento terapéutico y

baja adherencia a los tratamientos e intervenciones (26). Así, cuando se consiguen iniciar procesos psicosociales rehabilitadores el abandono de tratamiento es elevado, impidiendo la consecución de los objetivos (27).

Una sociedad de bienestar tiene la responsabilidad de ofrecer ayuda a estas personas y, además que debería ser un requisito habitual (una exigencia ética), la responsabilidad social, supone que la exclusión y el “sin hogarismo” de las personas con TMG podría haberse evitado (25).

De este modo, las oportunidades que tiene este colectivo para participar en ocupaciones significativas, se ven limitadas como resultado de la negación de los recursos y las limitaciones políticas y sociales, ya que afectan a todos los aspectos de la vida cotidiana (28).

El foco de atención de lo individual a lo colectivo o comunitario nace de la idea de que, existen efectos en el individuo que son causados por fuerzas externas al individuo, y construidos sobre la base de valores culturales y que conducen a situaciones de privación, alienación e injusticia ocupacional (29), y por tanto, los problemas a los que se enfrentaban los terapeutas ocupacionales no podían reducirse a una discusión sobre la elección de los recursos terapéuticos o la adecuación de programas individuales puesto que resultaba evidente que existían situaciones sociales a las que no se podía hacer frente con un tratamiento por sí mismo (28).

Es por ello que comenzó a hacerse necesaria “la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar” (30).

El objetivo de este trabajo de investigación es comprender el proceso de vivencia desde que las personas con TMG son diagnosticadas hasta terminar en situación de “sin hogarismo”, identificando sus necesidades para la implementación de estrategias preventivas adecuadas así como

conocer el rol del terapeuta ocupacional para la promoción de la salud y en la construcción de un cambio social justo.

2. Referencias bibliográficas

- [1]. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; 2013 [citado 2017 Mar 31]: 1-52. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
- [2]. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado. Ginebra; 2004 [citado 2017 Mar 31]: 1-69. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- [3]. Sánchez Morales M. En los límites de la exclusión social: las personas sin hogar en España. OBETS. 2012; 7(2):307-324.
- [4]. Laviana M, López M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2007 [citado 2017 Mar 31]; 27(1): 187-223. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v27n1/v27n1a16.pdf>
- [5]. Carrasco Ramírez O, Casas Toral A, García-Heras Delgado S, Navarro Bayón D. Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. IntervPsicosoc[Internet]. 2008 [citado 2017 Mar 31]; 17(3): 321-336. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n3/v17n3a08.pdf>
- [6]. Cañamares Yelmo JM, Collantes Olmeda B, Florit Robles A. Atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención. [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de servicios sociales; 2007 [citado 2017 Mar 31]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
- [7]. Desviat M. Los avatares de una ilusión: La reforma psiquiátrica en España. Cuad Trab Soc [Internet]. 2010 [citado 2017 31 Mar]; 23:253-

63. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/viewFile/CUTS1010110253A/7484&output=embed>
- [8]. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicrof G. Salud Mental en Europa: políticas y práctica [Internet] 1º Ed. Barcelona; Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 [citado 2017 Mar 31]. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>
- [9]. Espino Granado A. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social [Internet]. Castilla La-Mancha: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha: Consejería de Sanidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 2017 Mar 31]. Disponible en:
http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
- [10]. Marquez I, Ortiz A, J.A Ozamiz. Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. Norte de salud mental [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 31]; 12(48): 89-94. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/261134747_Propuestas_de_un_Modelo_de_Recuperacion_en_Salud_Mental
- [11]. CaqueoUrizar A, Lemos Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. Psicotherma [Internet]. 2008 [fecha de la consulta disponible]; 20(4): 577-582. Disponible en:
<http://www.psicothema.com/pdf/3525.pdf>
- [12]. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra; 2008 [citado 2017 mar 31]: 1-48. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf

- [13]. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2011[citado 2017 Mar 31]; 85(5): 427-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/02_colaboracion1.pdf
- [14]. Fernández García CM, García-Pérez O, Inda Caro M. Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. Rev. Complut. Educ. [Internet]. 2015 Nov [citado 2017 31 Mar]; 28(2): 1-18. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/49633/50237>
- [15]. Iwama MK. Ubicación en el contexto. Cultura, inclusión y terapia ocupacional. En: Kronenberg F, Simó Algado S, Pollard N, directores. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2006.
- [16]. Wilcock A. Reflections on doing, being and becoming. Aust Occup Ther J [revista en Internet] 1999 [citado 2017 Mar 31]; 46 (1): 1-11. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1440-1630](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1440-1630)
- [17]. 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]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010espa.html>
- [18]. Morrison R, Olivares D, Vidal D. La filosofía de la Ocupación Humana y el paradigma social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. 2011[citado 2017 Mar 31]; 11(2):102-119. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/17785>
- [19]. Marchioni M. Comunidad, participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular 27; 1999.

- [20]. Wilcock A. Occupational Science: Bridging Occupation and Health. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2005; 72(1):5-12.
- [21]. World Federation of Occupational Therapy. Guiding principles on diversity and culture. Australia; 2009.
- [22]. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
- [23]. [Durocher E](#), [Kinsella EA](#). Occupational Justice: Moral Imagination, Critical Reflection, and Political Praxis. OTJR [Internet]. 2016 [citado 2017 31 Mar]; 36(4) 163-166. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1539449216669458>
- [24]. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2009.
- [25]. Brandt P. Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria [Internet]. 2003 [citado 2017 Mar 31]; 3(2): 148-157. Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos3.2.pdf>
- [26]. Muñoz López M, Panadero Herrero S, Vázquez Cabrera JJ, Vázquez Valverde C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuad. Psiquiatr. Comunitaria [Internet]. 2003 [citado 2017 Mar 31]; 3(2): 100 – 11. Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos3.2.pdf>
- [27]. Salavera C. Influencia de los trastornos mentales y de la personalidad en el abandono de procesos en personas sin hogar. Anal. Psicol. [Internet]. 2014 [citado 2017 Mar 31]; 30(1): 78-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n1/psicologia_clinica8.pdf
- [28]. Barría R, Méndez F. Justicia social y justicia ocupacional en psiquiatría forense. Una perspectiva desde la terapia ocupacional. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. 2014 Dic [citado

- 2017 Mar 31]; 14(2): 1-12. Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/35719/37507>
- [29]. Fernández Agudo P, Moruno Miralles P. Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. TOG [Internet]. 2012 [citado 2017 Mar 31]; 9(5): 44-325. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>
- [30]. Parra-Esquivel EI. Análisis del concepto 'justicia' en terapia ocupacional. Rev Fac Med [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 31]; 63(3): 449-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a12.pdf>
- [31]. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5ª ed. Mexico: McGraw-Hill; 2010.
- [32]. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, García Vivar C. Investigación cualitativa: Manual para principiantes. España: Ediciones Eunate; 2012.
- [33]. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. 2ª ed. Málaga: Aljibe; 1999.
- [34]. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós Básica; 1987.
- [35]. Gordo AJ, Serrano A. Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social. Madrid: PEARSON EDUCACIÓN S.A.; 2008.

3. Objetivos

El objetivo general de este proyecto de investigación es conocer la experiencia de personas que hayan vivido una situación de “sin hogarismo” habiendo sido diagnosticadas anteriormente de Trastorno Mental Grave.

Para lograr el objetivo descrito se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Explorar las ocupaciones y contextos de los protagonistas a partir del momento de su diagnóstico hasta el momento actual.
- Indagar sobre el proceso de pasar a la situación de sin hogar.
- Comprender la percepción de los protagonistas y sus familiares o apoyo principal, sobre la atención obtenida por parte de los servicios dirigidos a la mejora de la situación de las personas con TMG.
- Conocer las barreras y facilitadores con los que se encuentran durante el proceso vivido, tanto los protagonistas como sus familiares o apoyo principal.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Este estudio se basa en un enfoque cualitativo ya que trata de “comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto.” (31). A través de esta metodología todas las perspectivas son valiosas, tratando de describir y comprender cómo las personas sienten, piensan y actúan respecto a situaciones, eventos, fenómenos, interacciones y comportamientos observables.(32).

El tipo de diseño seleccionado en esta investigación es la fenomenología, ya que trata de desvelar la esencia de la experiencia según como lo interpretan determinados individuos. Así, en el estudio se describen las experiencias subjetivas de los participantes, para conocer el significado y la esencia que le otorgan al fenómeno vivido. (32)

El estudio se enmarca en un paradigma fenomenológico que “procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana” es, por tanto, “la descripción de los significados vividos, existenciales” (33).

4.2. Ámbito de estudio

La investigación se realizará a través de La Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES), que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias, defender los derechos del colectivo y representar al movimiento asociativo FEAFES en el territorio gallego, brindando apoyo y coordinación a las asociaciones que lo integran.

Esta entidad sin ánimo de lucro, está integrada por 14 asociaciones presentes en 30 ayuntamientos que prestan servicios a más de 30.000 personas. El estudio tendrá lugar concretamente en la provincia de A Coruña.

A continuación se enumeran las asociaciones FEAFES que encuentran en A Coruña:

- Saúde Mental Ferrol, Eume e Ortegal (Narón).
- Saúde Mental Ferrol, Eume e Ortegal (Cerdido).
- Apem (A Coruña).
- Apem (Betanzos).
- Apem (Culleredo).
- Apem (Carballo).
- Apem (Vimianzo).
- Apem (Cee).
- Andaina (Ordes).
- Andaina (Dodro).
- Fonte da Virxe (Santiago).
- Fonte da Virxe (A Barcia).
- A Creba (Noia).
- A Creba (Ribeira).

4.3. Selección de informantes

El proceso de selección de los informantes para esta investigación se caracteriza por ser no probabilístico, ya que busca “identificar individuos, entornos o sucesos clave que proporcionen una fuente rica de información”. Además, este tipo de muestreo no aleatorio se caracteriza por ser intencional, de modo que los participantes serán seleccionados por criterios definidos por la investigadora. Estos informadores clave, serán aquellos que proporcionen información para lograr los objetivos del estudio (32).

Se seleccionarán dos grupos de informantes:

Grupo I: personas con TMG que hayan vivido en la calle posteriormente a su diagnóstico.

Grupo II: familiares o personas que sean apoyos principales que convivan o hayan convivido con las personas con TMG y, que actualmente mantengan un contacto frecuente.

A continuación se definen los criterios de inclusión y exclusión para cada uno de los grupos informantes.

Grupo I - Criterios de inclusión:

- Presentar un diagnóstico de Trastorno Mental Grave.
- Tener conciencia de su enfermedad.
- Haber vivido sin hogar (mínimo un mes).

Grupo I - Criterios de exclusión:

- Ser menor de edad.
- Haber vivido sin hogar durante un período inferior a un mes.
- No tener un discurso coherente.
- No aceptar participar en el estudio.

Grupo II - Criterios de inclusión:

- Familiar o principal apoyo de la persona con Trastorno Mental Grave.
- Convivir o haber convivido con la persona con Trastorno Mental Grave.
- Mantener un contacto frecuente.

Grupo II - Criterios de exclusión:

- No aceptar participar en el estudio.

4.4. Definición del tema y búsqueda bibliográfica.

En primer lugar se planteó y se definió el tema del proyecto.

Posteriormente se realizó la búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como: Pubmed, Scopus, Dialnet y CSIC; siguiendo la estrategia de búsqueda que se recoge en el Apéndice (I).

Además de bases de datos, se emplearon otros recursos como el catálogo de la Biblioteca de la UDC, Google Académico y diferentes revistas electrónicas. También se consultaron libros de referencia en la materia.

4.5. Entrada al campo.

Para acceder al campo, en primer lugar se enviará una solicitud de autorización para realizar la investigación por correo electrónico y, posteriormente de forma presencial a través de una reunión con los responsables de los servicios mencionados, dónde se podrá explicar de forma detallada las características del estudio y a su vez, se podrán resolver las dudas que puedan surgir.

Una vez que la respuesta sea favorable, será necesaria una reunión con el equipo de trabajo del recurso, para explicarles en qué consiste el proyecto y en qué medida ellos pueden colaborar para seleccionar y entrar en contacto con las personas que reúnan los criterios requeridos para participar en el estudio.

Una vez localizadas estas personas, se les informará del proyecto y su finalidad y se le solicitará su autorización para participar en el mismo.

4.6. Recogida de información.

La recogida de información para realizar esta investigación se realizará a través de entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. Además, se utilizará un cuaderno de campo como técnica complementaria para

recoger aspectos de la comunicación no verbal y otra información relevante que tenga lugar durante el transcurso de las entrevistas.

La **entrevista semiestructurada** es un método de recogida de datos con el que se pretende recoger información sobre los pensamientos, sentimientos y creencias de las personas sobre sus experiencias. Este tipo de entrevista se caracteriza por tener un guión temático con preguntas abiertas, buscando que los participantes se sientan con la motivación de expresarse con libertad sobre los diferentes temas que se abordan en la investigación. (Apéndices VI y VII).

Los **grupos de discusión** es un método que consiste en la reunión de un grupo de personas, que se invitan a participar en el estudio a través de unos criterios definidos, para analizar y explorar sus experiencias respondiendo a los objetivos planteados en la investigación.

Se caracterizan por ser grupos pequeños, el tamaño puede variar entre cuatro y doce personas, de manera que se asegure que todas las personas participen y que exista una diversidad de percepciones. En este estudio, el primer grupo de discusión estará formado por las personas con TMG y, el segundo grupo de discusión estará constituido por sus familiares o apoyos principales. Finalmente se convocará a todos los participantes del proceso en un mismo grupo para una puesta común.

Además de los participantes, se requiere un moderador y un ayudante para dirigir el grupo. En este estudio, la investigadora tomará el rol de moderador y contará con la tutora del proyecto como su ayudante.

El grupo debe realizarse y mantenerse en un ambiente cómodo y relajado para que los participantes puedan compartir sus percepciones. (31, 34)

Finalmente, como se ha mencionado con anterioridad se utilizará un **cuaderno de campo** que, consiste en un registro de notas continuo y diario sobre lo que se está observando. Estos registros deben ser descripciones objetivas, procurado siempre que sean sin juicios de valor ni calificaciones. En función de la situación, se decidirá si las notas se

registrarán delante de los participantes, o una vez finalizada las sesiones. (34, 35)

4.7. Plan de análisis.

La investigadora llevará a cabo la selección e interpretación de los datos obtenidos mediante el análisis de las percepciones, pensamientos y experiencias de los participantes del estudio.

Así la información proporcionada en las entrevistas y en los grupos de discusión, será transcrita y codificada al finalizar cada una de las sesiones con el fin de mantener el anonimato, procurar no perder información y mantener el discurso real de los participantes permitiendo de este modo, captar las vivencias subjetivas de los mismos.

El análisis de los discursos se realizará a través de un enfoque inductivo y constructivo, es decir, de lo general a lo particular. De este modo, a partir de la información que se va recogiendo en las entrevistas se irán generando las categorías de las que emergerán interpretaciones significativas para los participantes y la investigadora.

4.8. Rigor metodológico.

Para garantizar la calidad de este proyecto de investigación se considerarán los siguientes criterios:

Credibilidad: este criterio también denominado “máxima validez”, es un requisito imprescindible, ya que hace referencia a si se ha reflejado en la investigación el significado completo y profundo de las experiencias tal y como lo perciben los protagonistas de las mismas. De esta manera, se asegura la relación que existe entre los datos obtenidos por la investigadora y la realidad que construyen las personas que participan en el estudio (31).

Consistencia: este concepto se refiere a la estabilidad de los datos. Al tratarse de un estudio basado en un enfoque cualitativo el contexto en el

que tiene lugar es único e irreplicable produciéndose además, continuos cambios en la realidad social (33), sin embargo, si otros investigadores deciden recolectar información en el mismo contexto realizando el mismo análisis, los resultados obtenidos serán similares y nunca contradictorios. (32).

Transferibilidad o aplicabilidad: para posibilitar que los resultados obtenidos sean aplicados a otros contextos se describirá de forma detallada todo el proceso de investigación junto con la explicación minuciosa de la muestra y el contexto estudiado (32).

Confirmabilidad: este término hace referencia al compromiso por parte de la investigadora de informar en cada momento desde qué posición se encuentra la investigación. Se trata de demostrar que se minimiza la inherente subjetividad de la investigadora. Por tanto, es necesario analizar y registrar estas influencias para mejorar la comprensión de la información obtenida (31,32).

4.9. Aplicabilidad.

La aplicabilidad de esta investigación reside en proporcionar información sobre las experiencias vitales que forman parte de la historia de vida de las personas con TMG y que hayan vivido en la calle, así como la percepción de sus familiares o apoyos sobre este proceso, intentando concienciar sobre la gravedad de este fenómeno social y buscar una transformación social, para que ninguna persona se encuentre en una situación de privación de su participación como ciudadano y miembro de la sociedad.

De esta forma, con los resultados obtenidos se pueden abrir líneas de investigación para diseñar acciones que vayan dirigidas al beneficio de estas personas.

5. Plan de difusión de los resultados

Tras la realización del estudio y el análisis de los resultados obtenidos, éstos serán difundidos a través de revistas y congresos de carácter nacional e internacional y que se encuentren bajo el interés en el ámbito social y cultural comunitario.

5.1. Revistas

Ámbito nacional:

- Revista electrónica de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG).
- Revista informativa de la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO).
- Revista Española de la Asociación de Neuropsiquiatría.
- Revista de Psiquiatría y Salud Mental (factor de impacto JCR 2015:1.650).

Ámbito internacional

- American Journal of Occupational Therapy (Am. J. Occup. Ther.). JCR 2015: 1,806. SJR 2015: 0,913.
- Australian Occupational Therapy Journal. JCR 2015: 1,404; SJR 2015: 0,590.
- British Journal of Occupational Therapy (Br. J. Occup. Ther.). JCR 2015: 0,935; SJR 2015: 0,403.
- Canadian Journal of Occupational Therapist (Can. J. Occup. Ther.). JCR 2015: 1,179. SJR 2015: 0,676.
- Psychiatric Rehabilitation Journal (factor de impacto JCR 2015: 0.631 - SJR 2015: 0.692)
- Revista Chilena de Terapia Ocupacional.
- Scandinavian Journal of Occupational Therapy (Scand. J. Occup. Ther.). JCR 2015: 0,957. SJR 2015: 0,618.

5.2. Congresos

- Congreso Mundial de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR) organizada por la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). Madrid 2018.
- XXI Congreso FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). 2018.
- Congreso de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) en Ciudad del Cabo 2018.
- Conferencia anual de la American Occupational Therapy Association (AOTA) en Salt Lake City Utah en 2018.

6. Plan de trabajo.

La investigación abarcará un período de dieciséis meses desde el Marzo de 2017 hasta Julio de 2018. La previsión del plan de trabajo que se llevará a cabo, está recogido en el siguiente cronograma (Tabla I), en el que se determina el tiempo de duración aproximado en meses, que requiere para cada una de las fases del proyecto.

Tabla I. Cronograma

	2017										2018					
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■											
Redacción del proyecto			■	■	■	■										
Entrada al campo							■	■	■	■						
Recogida de información							■	■	■	■	■	■	■	■		
Análisis de la información										■	■	■	■	■		
Informe de los resultados												■	■	■	■	
Difusión de los resultados															■	■

7. Aspectos éticos.

Para realizar el presente proyecto de investigación se solicitará la evaluación del mismo al Comité Autonómico de Ética de Investigación (CAEI) de Galicia (Apéndice II).

Para asegurar los aspectos éticos en este proyecto de investigación, se respetarán las normas éticas y legales aplicables, entre ellas la Declaración de Helsinki, el convenio de Oviedo y la Guía de las Normas de Buena Práctica en Investigación de los Seres Humanos.

Asimismo, para poder llevar a cabo la investigación, será esencial que los participantes lean la hoja con la información para el participante (Apéndice III) en la que además de proporcionar información sobre el estudio, serán informados de sus derechos, entre ellos, el respeto a la confidencialidad del participante amparada bajo la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Además, el consentimiento informado permite a la persona el control sobre su incorporación o abandono del estudio siempre que lo decida, asegurando así una participación acorde a sus intereses, creencias y valores.

Como estrategia empleada para garantizar el anonimato de los datos se le asignará a cada participante un código de identificación.

Para cumplir con los requisitos éticos del estudio, es obligatorio que los participantes firmen el consentimiento informado (Apéndice IV).

8. Financiación de la investigación.

8.1. Recursos necesarios.

Se contará como recursos humanos con la terapeuta ocupacional durante un período de dieciséis meses, que asumirá el rol de investigadora principal. Además, se contará con la colaboración de la tutora del proyecto para el asesoramiento del mismo.

Por otro lado los recursos materiales necesarios para llevar a cabo la investigación se dividen en material inventariable, como son la grabadora, ordenador portátil, impresora, etc) y el material fungible como son bolígrafos, cuadernos de notas y material de oficina.

Para trasladarse la investigadora a la entrada en el campo, realizar la recogida de datos y la difusión de los resultados, será necesaria la disposición de un vehículo como medio de transporte, en este caso será el propio.

El presupuesto estimado para la realización del estudio, junto con los datos desglosados se presenta en la siguiente tabla:

Tabla II. Recursos necesarios para la investigación.

	Recursos necesarios	Precio
Recursos humanos	Terapeuta ocupacional	0 mes
Recursos materiales	Ordenador portátil	400€
	Impresora + Tinta	100€
	Grabadora	80€
	Internet	20€/mes
	Material fungible (lápices bolígrafos y material de oficina)	200€
Viajes	Desplazamiento	750€
Infraestructura	Despacho/sala en la institución	0€
Difusión de resultados	Desplazamientos, alojamientos, dietas e inscripción congresos	6000€
TOTAL		7550€

8.2. Posibles fuentes de financiación

La financiación que permita la realización del estudio dependerá de organismos públicos y privados, los cuales serán seleccionados basándose en las características y líneas de investigación por los que se dirige el proyecto.

Convocatorias públicas:

- Convocatoria anual de bolsas de investigación Anual de la Diputación de A Coruña.

Convocatorias privadas:

- Fundación Mapfre: Ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi.

9. Apéndices

Apéndice I. Búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Fecha de búsqueda	Términos de búsqueda	Resultados
Dialnet	01/03/2017	Terapia Ocupacional AND personas sin hogar con trastorno mental	1
		terapia ocupacional AND personas con enfermedad mental	2
CSIC	01/03/2017	Terapia Ocupacional AND personas sin hogar con trastorno mental	1
Scopus	01/03/2017	“Occupation”AND”Mental Health”AND”Homeless”	11
		“Occupational therapy”AND”Mental Health”AND” Homeless”	18
Pubmed	1/03/2017	Homeless AND Occupation AND "Mental Health"	11
		“Occupational therapy”AND”Mental Health”AND” Homeless”	15

Apéndice II. Solicitud al CAEI de Galicia.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

CAEI de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425

www.sergas.es/ceic



CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN AO COMITÉ AUTONÓMICO DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dna. Dolores Maraude Morteo

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

Dirección postal: -----

SOLICITA a avaliación por parte do Comité de:

- Protocolo **novo** de investigación
- Resposta ás aclaracións** solicitadas polo Comité
- Modificación** do protocolo

Do estudo:

Título: Estudio narrativo de la experiencia construida de la persona con problemas de salud mental al vivir sin hogar.

Investigador/a Principal: Dolores Maraude Morteo

Trabajo tutorizado por: Nuria García Gonzalo

Promotor: Universidade da Coruña (UDC)

Comercial:

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

Código:

Versión:

Tipo de estudo:

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

Listado de centros* de Galicia cos seus investigadores correspondentes

*** Deberá existir polo menos un investigador responsable en cada centro onde se pretendan recrutar pacientes ou se obteñan mostras biolóxicas de orixe humano ou rexistros que conteñan datos de carácter persoal.**

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web do comité.

En A Coruña a de de 2017

Asdo.: Dolores Maraude Morteo

Apéndice III. Carta de presentación y solicitud de autorización.

Asunto: Solicitud de colaboración con trabajo de investigación

Título: La experiencia del “sin hogarismo” en personas con Trastorno Mental Grave.

A la atención de:

Dolores Maraude Morteo, con D.N.I.: _____, alumna del Grado en Terapia Ocupacional en la Universidade da Coruña, solicita su colaboración para realizar un trabajo de investigación como parte de la asignatura “Trabajo Fin de Grado”. Éste estará tutorizado por Nuria García Gonzalo.

El **objetivo** del estudio es conocer las experiencias de personas con Trastorno Mental Grave que hayan vivido en la calle posteriormente a su diagnóstico, así como la percepción de sus familiares o apoyos principales sobre este proceso.

Por ello, me pongo en contacto con ustedes, ya que me gustaría conocer las experiencias de las personas que, habiendo vivido el proceso descrito, quieran, **voluntariamente**, participar en el estudio.

La participación es voluntaria y por tanto, **no recibirá beneficio económico** ninguna de las partes implicadas (investigadora, tutoras, participantes y centro).

El medio utilizado será la **entrevista semiestructurada** y **los grupos de discusión**. La duración se estima en una hora. El lugar para llevarla a cabo será acordado entre las diferentes partes, procurando que sea un ambiente cómodo y tranquilo.

El **anonimato** de los participantes así como la rigurosa **confidencialidad** de sus palabras y datos estarán garantizados.

Atentamente,

Fdo.: Dolores Maraude Morteo

Fdo.:

Fecha:

Fecha

Apéndice IV. Hoja de información al participante.

Título: La experiencia del “sin hogarismo” en personas con Trastorno Mental Grave.

Investigador: Dolores Maraude Morteo, estudiante del Grado en Terapia Ocupacional en la Universidade da Coruña.

Este documento tiene por objeto informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar, correspondiente a la asignatura “Trabajo de Fin de Grado”, del Grado en Terapia Ocupacional de la Universidade da Coruña. Este trabajo estará tutorizado por Nuria García Gonzalo.

Si decide participar en el mismo, recibirá información personalizada de la investigadora. Para ello, deberá leer antes este documento y hacer todas las preguntas que sean necesarias para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente **voluntaria y anónima**.

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 propósito del estudio?

El **objetivo** de esta investigación es conocer la experiencia de las personas que hayan vivido una situación de “sin hogarismo” habiendo sido diagnosticada de Trastorno Mental Grave.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar en esta investigación responde a unos criterios definidos en el estudio, y usted cumple con ellos.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consiste en la realización de una entrevista y de grupos de discusión.

En esta entrevista usted se podrá expresar libremente sobre el tema en cuestión. Se grabará la conversación para facilitar el posterior análisis de los datos, si usted así lo consiente, pero se garantizará en todo momento el anonimato y confidencialidad.

En cualquier momento podrá negarse a responder cualquiera de las preguntas.

La duración de la entrevista dependerá de cada participante, pero se estima que se prolongará durante aproximadamente una hora. Se llevará a cabo en un ambiente cómodo y tranquilo, que se acordará previamente con cada participante.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Este estudio no conlleva ningún riesgo para la salud física del participante. No obstante, puede suponer cierto impacto emocional para la persona al evocar vivencias que le resulten dolorosas.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

La participación es voluntaria y no será remunerada.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados del estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos 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?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos.

Únicamente el equipo investigador, que tiene deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio.

Sus datos personales recogidos serán anónimos, de tal forma que se romperá todo vínculo que pueda identificarlo y no podrá ser indentificado/a ni si quiera por el equipo investigador.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La participación es voluntaria de manera que ninguna de las partes implicadas en el estudio (investigadora, tutoras, participantes y centro) no recibirá ninguna retribución económica por la dedicación en éste.

¿Quién me puede dar más información?

Si tiene cualquier duda o necesita más información puede contactar con el investigadora a través del correo electrónico: lmaraude@gmail.com, o con las tutora del proyecto, Nuria García Gonzalo en las siguientes direcciones: ____

Muchas gracias por su colaboración.

Apéndice V. Consentimiento informado

Título: La experiencia del “sin hogarismo” en personas con Trastorno Mental Grave.

Yo, _____

- He leído la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado, que se me entregó, pude conservar con el investigador y hacer todas las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus condiciones, y considero que he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar ninguna explicación.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En relación a la realización de la entrevista,

- Sí accedo a que se grabe el audio de la misma.
- NO accedo a que se grabe el audio.

Con respecto a la conservación y utilización futura de los datos,

- NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.
- Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
- Accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

El/la participante,

El investigador,

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Apéndice VI. Guión entrevista Grupo I.

- ¿Cómo era tu vida antes de ser diagnosticado de Trastorno Mental Grave? ¿Cómo era tu entorno? (Familia, trabajo, amigos...)
- ¿Qué actividades ocupaban tu día a día antes de ser diagnosticado de Trastorno Mental Grave?
- ¿Cuándo te diagnosticaron de Trastorno Mental Grave? ¿Cómo fue ese proceso? ¿Qué supuso para ti?
- ¿Cuándo te quedaste sin hogar? ¿Cómo fue el proceso que te condujo a quedarte sin hogar? ¿Consideras que estuvo relacionado con tener un diagnóstico psiquiátrico? ¿De qué manera?
- ¿Qué papel jugó el entorno social (familia, amigos, jefe..) en todo el proceso que has vivido?
- ¿De qué manera influyó en tu vida tener un Trastorno Mental Grave?, ¿y en relación a haber vivido sin hogar?, y ¿en tu familia?
- ¿Qué piensas de los servicios que están dirigidos a personas con problemas de salud mental?, ¿Cómo fue tu experiencia?
- ¿Cómo crees que se podría evitar “la puerta giratoria” en personas con Trastorno Mental Grave?
- ¿Te has encontrado con facilitadores a lo largo del proceso vivido?, ¿de qué tipo? Y por otro lado, ¿con qué barreras te has encontrado?
- ¿Cómo consideras que se podría evitar que una persona con Trastorno Mental Grave viva en la calle?
- ¿Qué oportunidades crees tiene una persona con Trastorno Mental Grave en la comunidad? ¿Cómo crees que se valora a las personas con Trastorno Mental Grave en esta sociedad?
- ¿Cómo es tu día a día actualmente? ¿Cómo te sientes a día de hoy?

Para terminar, puedes reflexionar y comentar lo que consideres

Apéndice VII. Guión entrevista Grupo II

- ¿Qué relación guardas con la persona con Trastorno Mental Grave?
- ¿Cómo influyó en tu vida la presencia de su diagnóstico? ¿Cómo crees que influye tener un diagnóstico de Trastorno Mental Grave en la historia de vida de una persona?, ¿y haber vivido en la calle?
- ¿Qué papel has tenido durante todo este proceso?, ¿qué papel crees que tiene el entorno social para una persona con Trastorno Mental Grave?
- ¿Qué piensa sobre los servicios dirigidos a personas con problemas de salud mental?, ¿cómo fue tu experiencia?
- ¿Te has encontrado con facilitadores a lo largo del proceso vivido?, ¿de qué tipo?, y por otro lado, ¿con qué barreras te has encontrado?
- ¿Cómo consideras que se podría evitar que una persona con Trastorno Mental Grave viva en la calle?

Para terminar, puedes reflexionar y comentar lo que consideres

Apéndice VIII. Lista de abreviaturas

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Trastorno Mental Grave (TMG)

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH)

Social Exclusion Unit (SEU)

Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)

Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Galicia (FEAFES)