

**TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

**DISEÑO DE UN ESTUDIO  
CUALITATIVO BASADO EN  
HISTORIAS DE VIDA DE  
PERSONAS CON TRASTORNO  
MENTAL GRAVE QUE RESIDEN  
EN EL MEDIO RURAL**

**AUTORA: ÁUREA GARCÍA ESTOPIÑÁN**

**TUTOR: JOSE MIGUEL MUNARRIZ FERRANDIS**

**FECHA DE LECTURA: 27/10/2021**



## **RESUMEN**

El presente trabajo muestra el diseño de una investigación cualitativa basada en historias de vida. Su objeto es obtener datos preliminares sobre el devenir de las personas con trastorno mental grave en el medio rural.

Nace de los debates en el foro del Master sobre la falta de información existente sobre el tema y mis propios orígenes en la comarca que se estudia.

El estudio se centra en el pueblo de Torre de Arcas, en la comarca del Matarraña al sudeste de la provincia de Teruel. Se detallan los pasos y el calendario previsto. Plantea la celebración de entrevistas en profundidad con vecinos de la comarca con TMG. El acceso al campo se hace a través de figuras clave. Los participantes son entrevistados de acuerdo con un guion abierto que incluye interesarse por su vida, por las circunstancias de la enfermedad y por sus expectativas. El número de entrevistas se estima en tres, en función del discurso obtenido.

Las entrevistas serán grabadas y transcritas para luego ser analizadas en un proceso de lectura repetida y categorización. El resultado del estudio sería las categorías obtenidas directamente de las entrevistas, los fragmentos de discurso que las representen y una discusión sobre la aportación que suponen al conocimiento de esta parte de la rehabilitación psicosocial tan olvidada.

## ÍNDICE

1. Justificación .....	Pág. 3
2. Introducción.....	Pág. 5
3. Objeto de investigación.....	Pág. 7
4. Objetivos.....	Pág. 7
5. Población diana.....	Pág. 8
6. Ámbito de intervención.....	Pág. 9
7. Zona básica de salud.....	Pág. 12
8. Metodología.....	Pág. 17
9. Reflexiones finales .....	Pág. 25
10. Bibliografía.....	Pág. 27
11. Anexo I.....	Pág. 29
12. Anexo II.....	Pág. 30
13. Anexo III.....	Pág. 31
14. Anexo IV.....	Pág. 32

## 1. JUSTIFICACIÓN

Mediante la asignatura Sax10 intervenciones en entornos naturales del Máster en Rehabilitación, la cual me pareció muy interesante y también las aportaciones de todos mis compañeros, me dio la idea de realizar una búsqueda bibliográfica acerca de la situación de las personas afectadas por una enfermedad mental en el ámbito rural. De dicha búsqueda obtuve resultados bastante escasos en comparación a los realizados en las zonas rurales. Las ciudades están relacionadas con modos de vida más activos, acelerados, se puede decir que más estresantes, mientras que la idea de vivir en un pueblo evoca a una vida más tranquila y alejada de factores estresores, pero esto no es más que una utopía. Se tiene una imagen idealizada de lo que es vivir en un pueblo, ya que, en este también hay estrés, el cual no está solo relacionado con coger el metro, si no con una gran variedad de sucesos cotidianos que pasan durante la vida de las personas independientemente de donde esté situado su domicilio. (*Navarro Bayón, 2003*)

La finalidad de mi TFM es realizar entrevistas en profundidad a personas que residen actualmente en la localidad de Torre De Arcas. La elección de dicho municipio no ha sido al azar, ha sido elegido porque mis raíces maternas provienen de allí. Cuento con informantes directos tanto informales como formales que me pueden ayudar tanto en la selección de la información como de los participantes que se adecúen a las necesidades de mi TFM y que serán clave en el desarrollo de éste. Por otro lado, cuando con un amplio conocimiento sobre la situación de gran parte de las personas que allí residen, por lo que, al tener esta serie de facilidades, me he decantado por llevar a cabo mi trabajo de investigación en Torre De Arcas. Añadiendo a todo lo anterior, me une un gran sentimiento de cariño y responsabilidad hacia la mejora de la vida de todos los habitantes que allí, residen siempre en la medida de mis posibilidades y competencias profesionales.

Lo que pretendo con este trabajo es dar a conocer tanto las demandas como las necesidades de las personas con TMG que residen en el medio rural.

Mediante revisión bibliográfica y la información obtenida por mis informantes, he observado una serie de disparidades entre las zonas urbanas y las rurales en cuanto al desarrollo de los servicios de salud, la centralización de estos en las zonas urbanas y la distancia que tienen que recorrer las personas que residen en el medio rural para acudir a su centro de salud de referencia.

Tras la realización de las entrevistas en profundidad y el conocimiento de las historias de vida, se pretende empoderar a las personas dando visibilidad a sus historias y sirviendo de ejemplo a otras personas que se encuentren en la misma situación.

El empoderamiento es clave en la recuperación de las personas y que éstas participen de forma activa en su propio proceso de recuperación, les será posible adquirir una serie de habilidades y responsabilidades, las cuales son necesarias para poder desarrollarse de forma autónoma en sociedad. (*Plan Estratégico 2019-2022*)

Me parece esencial hablar de salud mental, en España, se ha convertido en un grave problema por su alta incidencia, el 6,7% de la población española está afectada por la ansiedad, exactamente el mismo número de personas que están afectadas por la depresión, en ambas, es más del doble en mujeres 9,2% que en hombres 4%. Por otro lado, entre el 2,5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, lo que representa más de un millón de personas. Cabe destacar que dos millones de jóvenes de entre 15 a 29 años (30%) han sufrido síntomas de enfermedad mental, el 9% sufrió algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida, según la OMS. (*M, Martínez 2013*)

## 2. INTRODUCCIÓN

En las zonas rurales se observan diversas dificultades, ya que la mayoría de las veces, los servicios de salud mental se encuentran fragmentados y poco coordinados, inaccesibles para una gran parte de la población, a todo esto, se une la escasez de profesionales, como resultado, se observa que hay personas que no puede beneficiarse de dichos servicios, lo que conlleva a que aumente su deterioro y sus discapacidades.

Vivir en el ámbito rural tiene una serie de desventajas y ventajas, en cuanto a las desventajas, las más destacables son las barreras en cuanto al transporte, la comunicación de autobuses es muy escasa, pasando un autobús una vez al día. Escasez de personal dedicado a la salud mental, suele ser un médico que va cada quince días a cada pueblo, también se observa una menor cantidad de recursos comunitarios. En las ciudades, encontramos diferentes servicios como hospitales de día, unidades de hospitalización breve, unidades específicas de rehabilitación psicosocial, entre otros recursos de apoyo comunitario. Se observa una gran diferenciación en comparación con los contextos urbanos, por otro lado, en los pueblos se suele producir un mayor estigma en cuanto a los TMG, a causa de una menor realización de actividades de sensibilización y concienciación de enfermedad.

Una percepción de calidad de los servicios ofertados, ofrece un buen nivel de salud colectivo, pero en los pueblos, la oferta de salud disminuye en relación a las zonas urbanas. Las personas que viven en las zonas rurales tienen la necesidad de desplazarse para poder disfrutar de sus derechos de salud y en muchas ocasiones, son estos desplazamientos el principal problema que sufren estas personas, quedar aisladas de los centros de salud, conlleva que la discapacidad aumente y por lo tanto su dependencia y son los familiares de las personas con TMG los que se encargan de cuidarles.

Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales, el 88% de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos/as...) pero la carga familiar es difícil de medir, por lo que muchas veces ésta queda ignorada, pero la carga es muy notoria en la calidad de vida del cuidador principal, que, según el INE en el año 2008, el cuidador informal principal es la hija (29,15%) y la pareja o cónyuge (27,65%). En la mayoría de los casos, es una mujer que lleva a cabo la tarea del cuidado. (*IMSERSO, 2005*)

En cuanto al nivel de salud de los cuidadores informales, las revisiones más recientes que se han realizado sobre esta cuestión, muestran que las cuidadoras presentan mayores niveles de sobrecarga, ya que la aparición de un problema de salud mental genera sentimientos de confusión, desconcierto, es decir conlleva diversos desajustes en el conjunto familiar.

Ser cuidador de una persona con TMG en el mundo rural es una dificultad añadida, ya que las zonas rurales se encuentran menos desarrollados los dispositivos de atención social. (*Navarro Bayón, 2003*)

En cuanto a las ventajas se puede observar que en las zonas rurales, es más probable desarrollar redes sociales, ya que la mayoría de personas que residen en el pueblo son vecinos de toda la vida, por lo que unos a otros se ayudan. Otra ventaja es la de tener una mayor accesibilidad por parte de los profesionales de la salud mental tanto a las redes sociales como a las familiares.

Mediante una revisión bibliográfica he podido observar cómo hay una gran cantidad de dificultades añadidas a la hora de tratar los TMG en el mundo rural, pero actualmente existen diferentes modelos de atención que podrían ayudar a mitigar dichas carencias, como el Tratamiento Asertivo Comunitario (Modelo Avilés).

El Tratamiento Asertivo Comunitario, son programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos, se trata de programas por los que se asigna un profesional o un equipo específico a un paciente, por lo que todos los pacientes tienen asignado un tutor. El lugar de atención es la comunidad donde vive el paciente, esto hace que se consiga conectar con la realidad de la persona. El fin es preparar a la persona para que viva en su entorno natural y para que participe en dicho entorno de la misma medida que el resto de ciudadanos. Se pretende conseguir la máxima autonomía posible y se trabaja conjuntamente entre profesionales, familia y paciente, los dos últimos desarrollan un papel activo en la rehabilitación.

Este modelo está dirigido a las personas con TMG que viven en el ámbito rural, donde no disponen de servicios de salud en el lugar, además los transportes son escasos, sumándole a todo lo anterior, que existe un gran número de personas que llevan mucho tiempo alejadas de los servicios de salud, son los profesionales los que tienen que desplazarse hasta el entorno natural de la persona, para poder trabajar con ellos. (*Jambrina & Carnicero, 2007*)

### **3. OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

Aproximación de carácter cualitativo a las historias de vida de las personas que residen en el ámbito rural, más concretamente en la población de Torre de Arcas.

### **4. OBJETIVOS**

- Objetivo general:
  - Aproximación de corte cualitativo a las personas con TMG que residen en el ámbito rural.
  
- Objetivos específicos:
  - Diseñar un estudio cualitativo basado en la técnica de las historias de vida.
  - Obtener un relato de las características específicas de la población con TMG que residen en el medio rural.
  - A partir de los datos obtenidos, fijar las bases para poder usar metodologías más robustas de corte cualitativo.

Mi trabajo final de máster trata de una investigación en fase de diseño, no se ha podido llevar a cabo dentro del calendario estipulado, para poder llevar a cabo las entrevistas en profundidad es necesario solicitar una autorización al CEICA (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón), dicho proceso burocrático conlleva un largo período de tiempo. Por lo que mi TFM se basa en sentar las bases metodológicas y en un futuro mediante entrevistas en profundidad conocer las historias de vida de las personas con TMG.

Al tratarse de un estudio cualitativo no se trata de poner a prueba ninguna hipótesis, sino generar un discurso a partir de la experiencia personal, de la cual si se pueden generar hipótesis.



## **5. POBLACIÓN DIANA**

Este programa de intervención está dirigido a aquellas personas mayores de 18 años que presenten:

-Trastorno mental grave, con las siguientes características:

- Esquizofrenia.
- Grave deterioro en el desempeño social.
- Larga duración y cronicidad.

Criterio exclusión: dificultades para llevar a cabo una conversación.

## 6. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

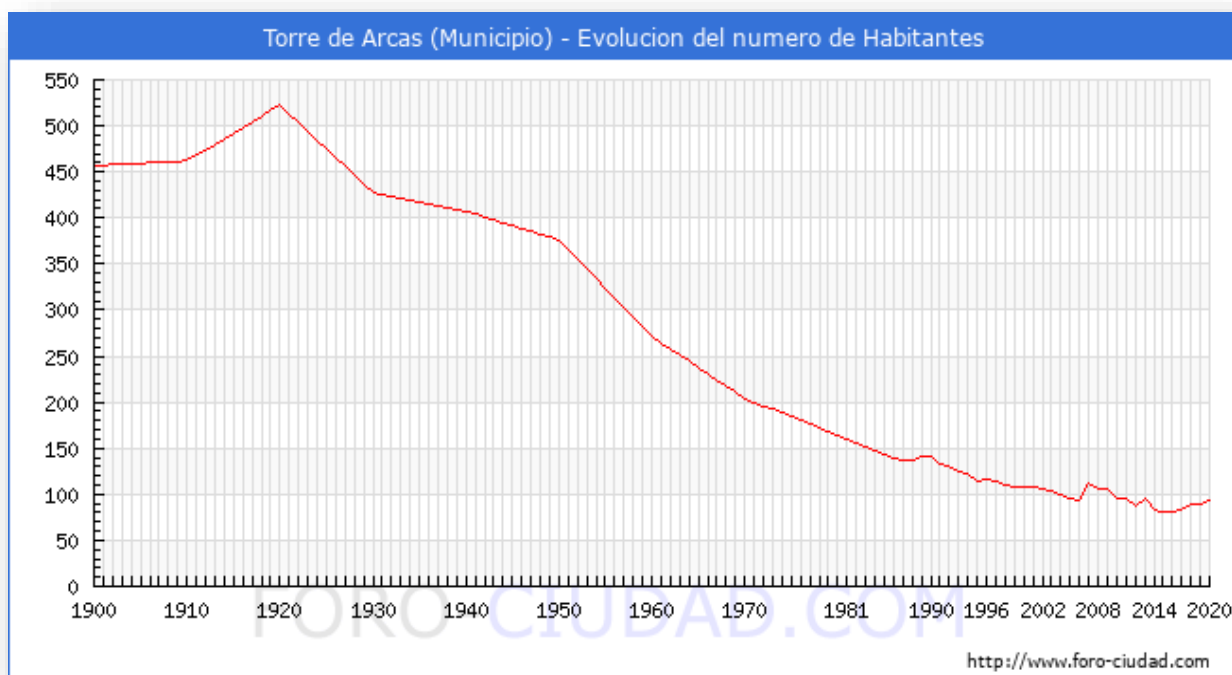
Torre De Arcas es una localidad y municipio de España, pertenece a la provincia de Teruel, Comunidad Autónoma de Aragón, en la comarca del Matarraña, situada al este de la provincia de Teruel, dicha comarca engloba una serie de municipios: Arens de Lledó, Beceite, Calaceite, Cretas, Fórnoles, La Fresneda, Fuentespalda, Lledó, Mazaleón, Monroyo, Peñarroya de tastavins, La Portadella, Rafales, Torre De Arcas, Torre Del Compte, Valdeltormo, Valderrobres y Valjunquera, siendo Valderrobres su capital administrativa y el municipio que engloba mayor cantidad de población, exactamente en 2018, contaba con 2.388 personas, Calaceite (978 habitantes en el censo de 2020) es la capital cultural. La población menor en número de habitantes es Fórnoles, con 74 vecinos censados en 2020. (*Habitantes Torre de Arcas 1900-2020*, s. f.)

Centrándome en Torre De Arcas, pueblo que consta de una superficie de 34,28 km<sup>2</sup> y situado a 746 metros de altitud, dicho municipio es limítrofe con los municipios de Monroyo, Herbés, Zorita del Maestrazgo, Peñarroya de Tastavins, La Cerollera entre otros... (*Torre de Arcas en la región de Aragón - Municipio y ayuntamiento de España*, s. f.)

Está situado en la vertiente del río Bergantes. Se encuentra a 121 km de Zaragoza y a 194 km de Teruel, se trata de una población que pertenece a la zona bilingüe donde se habla castellano y catalán.

En cuanto a la población, el pico más alto se produce en el año 1920, donde se puede observar una población superior a las 500 personas, en 1950 tenía una población de 485 mientras que los años posteriores la población ha ido reduciendo en número hasta la actualidad, a 1 de enero de 2020, contando con 46 hombres y 48 mujeres, la población de Torre De Arcas asciende a las 94 personas, 4 más que en el año 2019, mientras que la población máxima estival suele ascender a las 300 personas.

El descenso de la población con el transcurso de los años (desde 1900 al 2020) en la localidad de Torre De Arcas se puede observar en el siguiente gráfico.

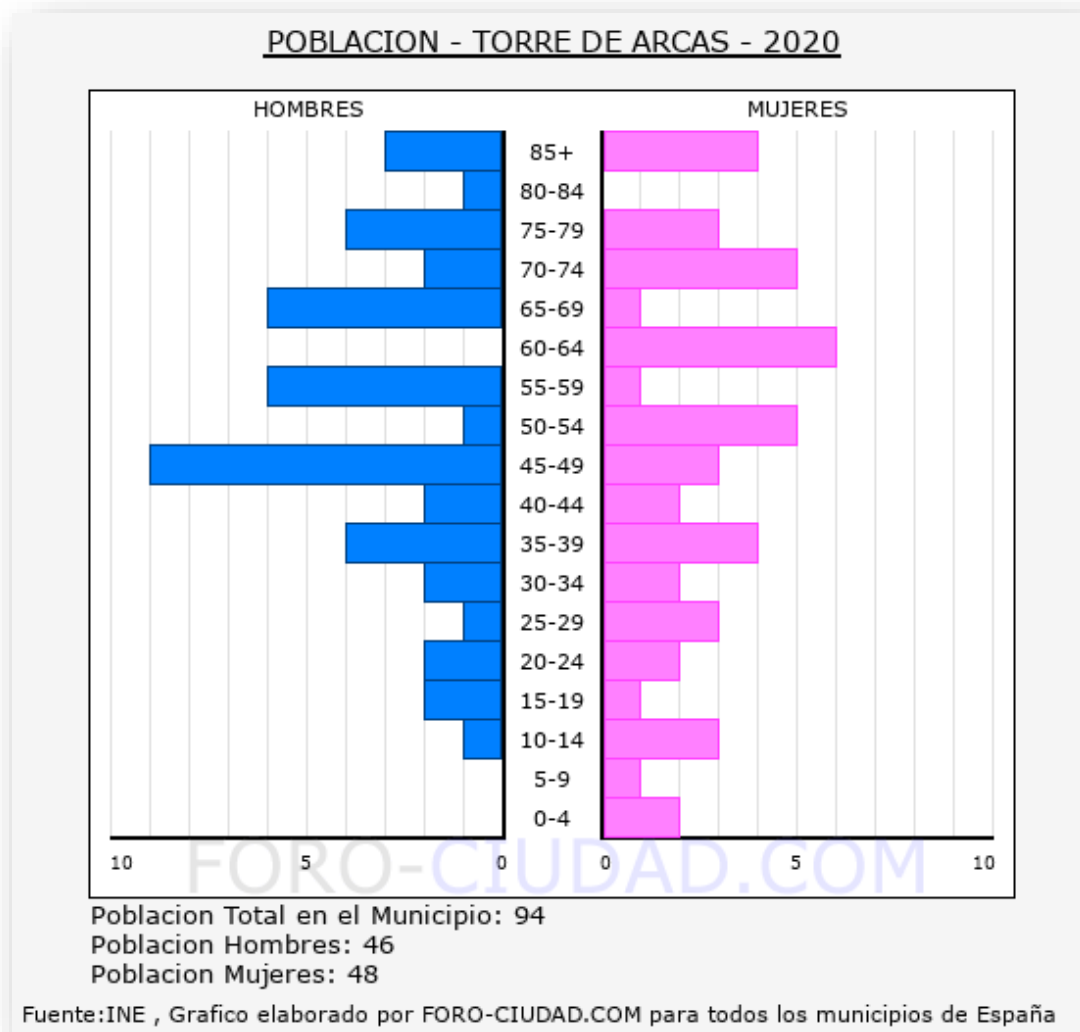


(Elaboración, INE 2020)

El principal sustento económico tradicional de Torre De Arcas han sido las actividades agropecuarias, el descenso de la población se debe a la disminución de la importancia de la agricultura como sector de empleo, el cual ha disminuido de forma radical en los últimos años.

Ya desde los años treinta del siglo XX se manifiesta en España un movimiento migratorio desde el campo hacia la ciudad, debido a la falta de posibilidades de empleo en el sector agrícola. Estos flujos migratorios fueron reforzados por la revolución industrial en las ciudades. Durante los años sesenta estos flujos se intensificaron, resultando en un verdadero éxodo rural. (Pinilla 2016)

Lo que conlleva a que exista un gran contraste entre el medio urbano y el medio rural en términos de densidad de población, el éxodo del campo a la ciudad se ha producido de una forma muy brusca, el cual empezó en el siglo XX y la inmigración ha sido selectiva, formando los pueblos por una gran cantidad de población mayormente envejecida poniendo en peligro la supervivencia de los pueblos.

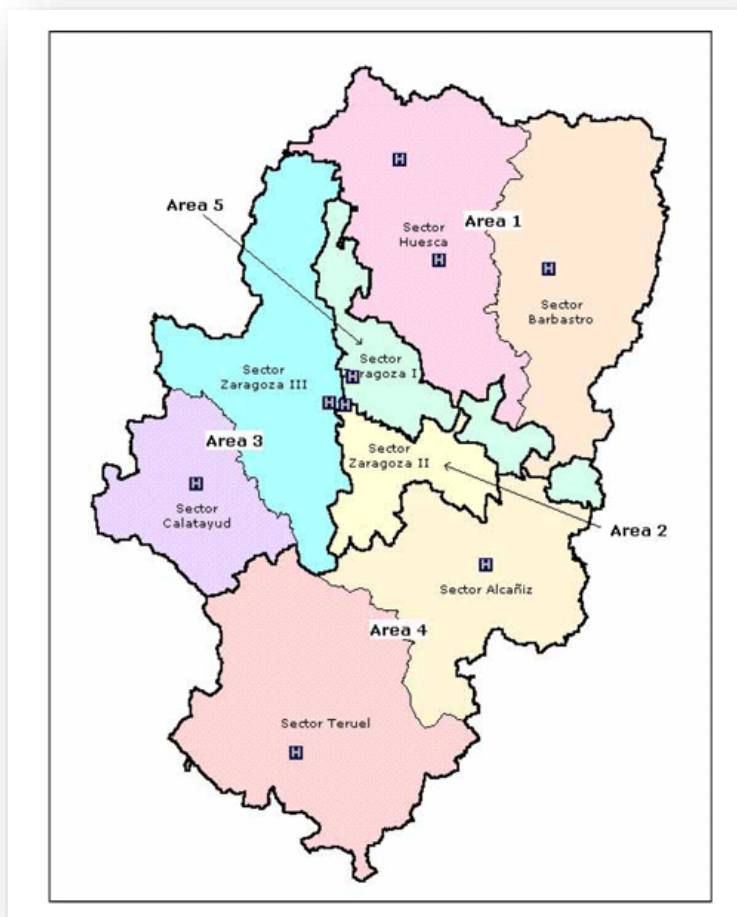


(Elaboración, INE 2020)

La imagen anterior es una pirámide poblacional donde los datos extraídos nos permiten observar cómo la población que comprende edades entre los 18 y los 65 años es la predominante, siendo 58 personas, 30 hombres y 28 mujeres, supone el 61,7% de personas que allí residen, por lo que la población de Torre De Arcas, no es una población envejecida. Contrariamente a lo explicado en el apartado anterior, la población de Torre De Arcas está compuesta en su mayoría por personas de mediana edad, las cuales se dedican en su mayoría a la explotación de granjas avícolas.

## 7. ZONA BÁSICA DE SALUD

El mapa sanitario de la comunidad Autónoma de Aragón está dividido en cinco áreas diferentes, cada una abarca diferentes ámbitos poblacionales.



En mi TFM me voy a centrar en el Área de salud IV, que es el Sector Sanitario de Alcañiz junto con el Sector Sanitario de Teruel, el cual está formado por 11 zonas de salud, cada una formada por su correspondiente centro de salud y los consultorios locales necesarios para la prestación de una asistencia sanitaria primaria adecuada a las necesidades de salud de la población y a las características sociodemográficas de cada zona básica de salud. En todas ellas, la atención sanitaria es prestada por el Equipo de Atención Primaria y sus correspondientes unidades de apoyo.

<b>ZONA DE SALUD</b>	<b>HABITANTES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
Alcañiz	17.146	8.648	8.498
Alcorisa	5.183	2.633	2.550
Andorra	9.945	5.147	4.798
Calaceite	3.171	1.634	1.537
Cantavieja	2.074	1.123	951
Caspe	7.970	3.951	4.019
Híjar	7.339	3.688	3.651
Maella	4.307	2.265	2.042
Más de las Matas	3.446	1.791	1.655
Muniesa	1.800	965	835
Valderrobres	5.131	2.700	2.431
<b>Población total</b>	<b>71.914</b>	<b>36.827</b>	<b>35.087</b>

Me voy a centrar exactamente en la organización territorial de la zona de salud de Valderrobres.

<b>MUNICIPIO</b>	<b>HABITANTES</b>	<b>VARONES</b>	<b>MUJERES</b>
Beceite	608	314	294
Fórnoles	101	46	55
La Fresneda	451	249	202
Fuentespalda	353	176	177
Monroyo	330	179	151
Peñarroya de Tastavins	532	285	247
La Portellada	284	150	134
Ráfales	187	96	91
Torre De Arcas	94	46	48
Torre Del Compte	173	85	88
Valderrobres	2.018	1.074	944

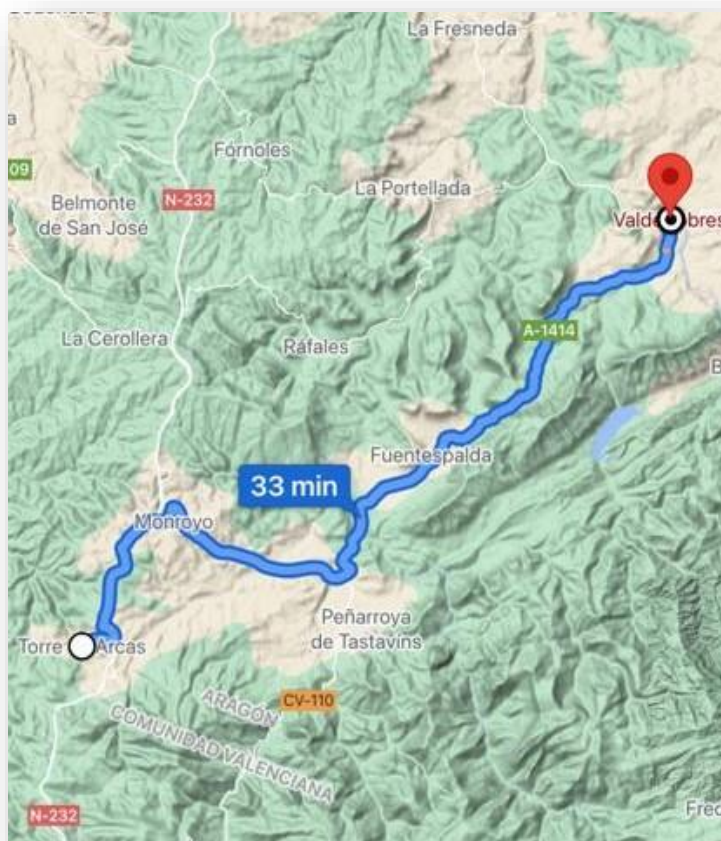
La zona de salud de Valderrobres está formada por un total de 5.131 personas, siendo 2.700 hombre y 2.431 mujeres.

Torre De Arcas pertenece a la zona de salud de Valderrobres, dicho Equipo de Atención Primaria de esta zona de salud está constituido y en funcionamiento desde el 16 de diciembre de 1993.

El centro de salud está situado en: C/ Elvira Hidalgo, s/n 44580 Valderrobres (Teruel)  
Tel.: 978890517 Fax: 978890501

Pero en Torre de Arcas encontramos un consultorio médico, que son los Servicios Sociales de base, los cuales son el primer nivel de atención, a los cuales el médico acude dos martes al mes de 13 a 14:30, atendiendo sólo aquellas consultas que no sean urgentes, siempre que haya una urgencia, las personas residentes en Torre De Arcas deben acudir a urgencias de Valderrobres, ambas zonas se encuentran a una distancia de 31km.

A continuación, podemos observar una imagen de la distancia por carretera entre Torre De Arcas y Valderrobres



Por último, en el Área IV, sector de Alcañiz, encontramos recursos de Atención especializada, cómo la Unidad de Salud Mental de Adultos situado en la calle Avd. Aragón, 46, la Unidad de Salud Mental infanto-juvenil, Avd. Aragón, 46 y la Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones, Avd. Aragón, 46. Torre De Arcas se encuentra a una distancia de 43km.

Imagen de la distancia por carretera entre Torre De Arcas y Alcañiz.





En España se observa un déficit significativo en la accesibilidad a los servicios en los municipios rurales respecto a los municipios urbanos. Por ejemplo, en promedio, los ciudadanos de municipios rurales en España han de recorrer unos 20 km más que los ciudadanos de municipios urbanos para acceder al servicio local más cercano.

En el caso de Aragón, los habitantes de las áreas rurales tienen que recorrer 28,3 km más de media que los de las zonas urbanas, los cuales tienen que desplazarse 1,64 km de media para llegar a cualquier servicio local, siendo los pueblos de Teruel los que más alejados están de toda España.

Teruel es la provincia que más dificultades tienen de acceso a los servicios desde las zonas rurales y una de las que más dificultades tiene a nivel europeo. (*Banco de España, 2021*)

## 8. METODOLOGÍA

- Cronograma

FASES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
FASE DE CONTACTO									
SOLICITUD CEICA									
SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES									
CELEBRACIÓN DE LAS ENTREVISTAS									
ANÁLISIS DATOS									
PRESENTACIÓN DE LOS DATOS									

Siguiendo el cronograma, en junio del 2021 comencé realizando el marco teórico mediante una revisión bibliográfica que abarca diferentes apartados como la definición del diseño de la investigación, objeto de investigación, objetivos del estudio, población diana, ámbito de intervención y la zona básica de salud mental. Obtenido un marco teórico definido y asentado en un ámbito de intervención concreto, comencé a desarrollar las fases de mi trabajo de investigación.

**Fase de contacto**, me puse en contacto con mis informantes clave, estos están formados tanto por informantes informales, que son mis familiares, como mi abuela y mi tía, las cuales residen en Torre De Arcas y me han ido informando de cómo es la vida en el pueblo, los diferentes recursos que existen y las dificultades de acceso a dichos servicios, tanto de salud como de transporte que complican en gran medida una comunicación constante y adecuada con los diferentes servicios de salud de la zona de Valderrobres y Alcañiz, que es donde acuden las personas residentes en Torre De Arcas. Ellas me pusieron en contacto con el médico de Torre de Arcas que también es el coordinador del Centro de Salud de Valderrobres. El médico es mi informante formal clave, el cual, mediante comunicación vía correo electrónico, le expliqué que pretendía desarrollar una serie de entrevistas en profundidad para conocer las historias de vida de las personas residentes en Torre De Arcas con alguna enfermedad mental, con el fin de conocer su situación. Se puso en contacto con el responsable de investigación del Sector Sanitario y me comunicó que para poder desarrollarlo es necesario la autorización de Comité de Ética, por lo tanto, fue el quien me remitió al CEICA mandándome un enlace de su página y me envió las fechas en las que se reúnen para evaluar los trabajos, quedamos en seguir en contacto una vez conseguida la autorización del CEICA.

**Solicitud al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA)**, es el segundo paso, realizado en julio, les envié un correo como me había dicho mi informante clave con el fin de conocer cuáles eran los diferentes documentos a rellenar para poder obtener la autorización, me contestaron a los días, diciéndome donde tenía que acceder para poder cumplimentarlos y que sólo se puede evaluar un estudio si este aún no ha sido llevado a cabo, ya que la evaluación debe ser previa.

En la página web del CEICA hay un apartado para solicitar evaluación de tesis y otros trabajos académicos, los pasos son:

- Rellenar la solicitud donde tiene que especificar el título de trabajo, lugar donde se va a llevar a cabo, el tipo de trabajo, los datos del alumno y del tutor del trabajo.
- Estructura de un protocolo de investigación y recomendaciones para su elaboración. En dicho documento tienes que llevar a cabo diferentes apartados como la identificación de documentos, título, equipo investigador, antecedentes y justificación, hipótesis, objetivos, metodología, aspectos éticos, tratamiento de datos personales, cronograma y bibliografía.
- Plantilla para elaborar el documento de información y consentimiento, el fin de este documento es informativo para el paciente, explicando que no supone ningún riesgo para la persona que decide participar siempre de forma voluntaria y que puede cambiar de opinión en el momento que así lo decida y que no existe ningún tipo de remuneración a cambio, además sus datos personales no serán cedidos a terceros. Al final del todo encontramos el documento de consentimiento informado, el cual debe ser firmado por la persona que va a participar en el estudio.

Una vez elaborados todos los documentos, la idea inicial era enviarlos el 28 de julio, día en que se reúnen para evaluar los trabajos, se tiene que enviar 15 días antes de la fecha propuesta de reunión. El parón del mes de agosto retraso mucho mi resolución, recibiendo un correo el 10 de septiembre con un dictamen desfavorable, ya que me quedaban dos documentos por enviar, el currículum del investigador principal y la memoria económica, ambos no enviados por desconocimiento y falta de información.

En este apartado es cuando mi TFM tuvo que ser reelaborado, convirtiéndose en un diseño de investigación, ya que no podía ser elaborado en el calendario estipulado.

**Elección de los participantes**, es la tercera fase, las personas seleccionadas en el estudio serán aquellas que nos permitan conocer su historia de vida mediante entrevistas en profundidad con el fin de conocer sus vivencias acumuladas a través de los años. A estas personas accederé mediante mi informante clave, el cual me facilitará el contacto con dichas personas, a las cuales realizará una introducción previa, poniendo en antecedentes en cuanto a la finalidad de la investigación.

A partir de las personas de las cuales me han informado seleccionaré a aquellas que me permitan obtener una variedad en el testimonio, pretendo entrevistar a cuatro personas, la elección será de personas de diferente edad y género, pero teniendo en común la residencia.

La tercera fase, tiene su desarrollo en el mes de septiembre. Una vez seleccionados los participantes, el siguiente paso es ponerse en contacto con ellos y concertar una cita donde las personas entrevistadas se sientan más cómodas y en el horario definido tanto por el entrevistador como por el entrevistado. Se llevará a cabo un primero contacto, donde se les explicará en que consiste su participación en el estudio, el cual es confidencial, ya que los nombres de los participantes no aparecerán reflejados en el trabajo, siendo diferenciados por entrevistado número 1. Se firmará el contrato y se establecerá la fecha de la primera entrevista, si es necesario realizar más entrevistas, estas se acordarán al finalizar cada una de ellas.

**Celebración de las entrevistas grabadas**, comprende la cuarta etapa. Las entrevistas se hacen siempre partiendo de un guion y se empieza con una pregunta general y las demás preguntas se llevarán a cabo solo si hace falta, ya que la persona entrevistada puede contarle todo de forma espontánea.

Para obtener las historias de vida de las personas, el instrumento a utilizar será la entrevista en profundidad. Es una técnica de investigación cualitativa de mucha utilidad que busca la libre manifestación de las personas entrevistadas y así obtener la experiencia individual sobre fenómenos sociales. Se considera como un diálogo abierto, pero con una persona que es la entrevistadora que guíe el discurso y lo oriente. (*Izcara Palacios & Andrade Rubio, 2003*)

El investigador es sólo el inductor de la narración, su transcriptor y también el encargado de retocar el texto para ordenar la información del relato obtenido en las diferentes sesiones de entrevistas. (*Fernández, 2009.*)

La entrevista en profundidad se llevará a cabo en diferentes encuentros con el fin de comprender la perspectiva que tienen las personas entrevistadas de su propia vida, experiencias y situaciones. Dichas entrevistas tienen que estar basadas en una relación de sintonía e intimidad con el fin de que la persona se encuentre cómoda y pueda contar su historia.

Las entrevistas serán llevadas a cabo donde la persona este más cómoda, será esta la que empiece a hablar libremente, sin ser coaccionada por parte del investigador, pero si se podrá reconducir a la persona para que nos cuente lo que realmente interesa en dicho estudio. Se realizarán una media de tres entrevistas por persona, a la hora y el día acordados tanto por parte de la persona entrevistada como del investigador y lo que se pretende en todo momento mediante la creación de un clima de confianza es conocer la historia vital de la persona. Las entrevistas serán anónimas y confidenciales, las cuales deberán estar pactadas con anterioridad mediante un documento de información para el paciente, el cual estará firmado por dicha persona, aceptando participar en el estudio sin obtener ningún tipo de remuneración a cambio.

Antes de llevar a cabo las entrevistas se tienen que planificar unas condiciones previas como la aceptación del informante para participar en el estudio, disponer de un guion por parte del entrevistador, en mi caso será poco estructurado, pero llevando a cabo unas preguntas que guíen la entrevista para obtener la información que más interesa. La entrevista se llevará a cabo en un lugar tranquilo y el cual haya sido consensuado por ambas partes, el tiempo también será pactado y no demasiado largo para que no se haga pesado. Son necesarios una serie de materiales, como lápiz, cuaderno, grabadora.

En este sentido el lenguaje también es muy importante, ya que debe estar adaptado a la situación de la otra persona, evitando en todo momento tecnicismos.

Durante las entrevistas y la finalización de cada una de ellas, el entrevistador tendrá que ir anotando en su cuaderno las sensaciones más significativas y aquellos aspectos que no puedan ser captados por la grabadora.

Una vez terminadas las entrevistas, el investigador debe escucharla nuevamente con el fin de transcribir el texto, en este momento se pueden observar que falta información, por ello es clave el tema de poder realizar diferentes entrevistas con el fin de completar aquella información que sea más necesaria.

## Guion de las entrevistas en profundidad

*Hola buenos días, soy Áurea García Estopiñán, estudiante del Máster de rehabilitación psicosocial en salud mental comunitaria. El fin de esta entrevista es conocer como ha sido su vida en el pueblo padeciendo una enfermedad mental y cómo usted lo ha vivido. Como ya sabe esta entrevista es anónima y absolutamente confidencial.*

*- En este sentido, siéntase libre de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es su opinión sincera.*

*- Cabe aclarar que la información es sólo para este trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.*

*- ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación?*

*- ¿Cuénteme cómo fue su infancia? ¿Qué recuerda del colegio? ¿Y en casa con sus padres? ¿Tiene hermanos? ¿Sí es así qué relación tiene con ellos?*

*- ¿Cómo es la vida en un pueblo tan pequeño? ¿Cuáles son las posibilidades? ¿Ha tenido o tiene trabajo?*

*- Acerca de su enfermedad, ¿Recuerda cómo y cuándo se la diagnosticaron? ¿Cómo fue recibida la enfermedad entre sus familiares y vecinos?*

*- ¿Con el avance de las sociedades, ¿cómo cree que ha cambiado la visión de las personas hacia las enfermedades mentales? Y, por otro lado, ¿Cómo ve ahora su enfermedad y cómo la veía antes?*

*- ¿Cree usted que si en vez de haber vivido en un pueblo, hubiese vivido en una ciudad, habría tenido más y mejores oportunidades para su recuperación?*

*- ¿Se notó apoyada/o por el contrario sufrió discriminación?*

*¿Cómo cree que será su vida en un futuro cercano?*

*- Muchísimas gracias por su aportación, ¿Cuándo le viene bien que nos volvamos a reunir para seguir con la entrevista?*

La realización de las entrevistas y la posterior escucha de cada una de ellas, se llevará a cabo durante los meses de octubre y de noviembre.

**Análisis de los datos**, es la quinta etapa, se llevará a cabo durante los meses de diciembre y enero.

Una vez obtenida la información gracias a las entrevistas en profundidad realizadas a las personas que han participado en el estudio.

Primeramente, se llevará a cabo la transcripción de todas y cada una de las entrevistas mediante la audición de las entrevistas grabadas. Una vez finalizado este proceso, se llevará a cabo la reagrupación de los datos obtenidos con el fin de categorizar los discursos, ya que las personas entrevistadas hablarán en general de sus vidas, pero también hablarán de unos temas comunes de los cuales se extraerán las conclusiones pertinentes. Se llevará a cabo mediante el señalamiento de temas comunes entre los diferentes participantes del estudio.

Se leen las entrevistas y se escuchan y a partir de este momento se identifican los fragmentos de los temas que hayan coincidido en todas las entrevistas y se agrupan. Las categorías salen del discurso, las cuales no están establecidos de forma previa.

El análisis de los datos extraídos se llevará a cabo mediante reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de los datos con el fin de extraer significados relevantes en relación a un estudio de investigación determinado. *(Rodríguez, 2003)*

Los datos suelen ser muy heterogéneos y provienen tanto de las entrevistas que se han llevado a cabo como de las observaciones directas por parte del investigador y las notas recogidas por éste, es cierto que todos los datos obtenidos son importantes, pero es necesario saber diferenciar y seleccionar aquellos datos que constituyen la fuente principal.

Las entrevistas en profundidad estarán compuestas por tres grandes ítems, los cuales serán comunes para todas las personas, estos son historia de vida, enfermedad y futuro. Se pretende que cada ítem sea una entrevista, es decir, que la primera entrevista englobe todo lo que tiene que ver con su familia de origen y su infancia, una segunda entrevista que tenga que ver con la aparición de su enfermedad y cómo fue afrontada por su familia y su círculo más cercano y la tercera en relación a un futuro cercano. Pero es posible que se dé el caso que en dos entrevistas o incluso en una salga todo el material necesario para el estudio, por lo que no sería necesario llevar a cabo las demás entrevistas.



La categorización se llevará a cabo de forma inductiva mediante la lectura y relectura de la información recogida y transcrita hasta comprender el sentido de los datos y encontrar sus unidades. El fin es reunir los tramos de conversación de todas y cada una de las entrevistas que hablan de una misma cuestión, pero teniendo en cuenta que cada fragmento no tiene por qué estar en un solo eje, sino que puede estar en más de uno a la vez.

**Presentación de los datos**, es la última etapa, se llevará a cabo en el mes de febrero. Los datos se presentarán poniendo ejemplos de los fragmentos que se hayan extraído de cada una de las entrevistas, los cuales han sido los más repetidos por todos los entrevistados.

La presentación de los datos se llevará a cabo mediante la estrategia descriptiva, se centra en exponer el grado de presencia de los conceptos clave en los discursos de los informantes.

Dentro de la presentación de los datos, encontramos la fase de discusión, donde a partir de los datos obtenidos y el análisis de las categorías, se pretende identificar hipotéticamente tanto las dificultades como las oportunidades de vivir en el mundo rural.

## 9. REFLEXIONES FINALES

Trabajo en proyecto de diseño basado en la realización de entrevistas en profundidad a las personas residentes en la localidad de Torre de Arcas y así obtener datos de una situación que no se tiene en cuenta en el estudio de los trastornos mentales graves, ya que los TMG en el ámbito rural son un tema poco tratado.

A dicho colectivo de personas accederé mediante la autorización del CEICA y con la ayuda de mi informante clave que es el médico de Torre De Arcas y Coordinador del Centro de Salud de Valderrobres.

Pretendo entrevistar a población diversa, es decir que compartan localidad, pero que sean de edades y géneros diversos, con el fin de poder obtener diferentes puntos de vista y diferentes visiones de cómo es vista la enfermedad mental en diferentes épocas de la historia.

Una vez realizadas las entrevistas y transcritas se procede a clasificar la información ofrecida por los entrevistado sobre sus historias de vida en categorías, sacando conclusiones a través de las opiniones en común de las diferentes personas entrevistadas.

El fin de las entrevistas en profundidad que llevaré a cabo es el de conocer cómo se vive en una localidad tan pequeña que carece in situ de todos los servicios de salud básicos y cuáles son las dificultades para acceder a ellos con una red de transporte tan limitada como la que allí tienen. También saber cómo ha sido su enfermedad, en qué medida les ha afectado en el transcurso de su vida, como han vivido las personas de su alrededor la enfermedad, si han sufrido estigma y discriminación por parte de sus familiares y vecinos. Como han sido los tratamientos que han llevado a cabo y si el seguimiento ha sido de calidad y continuado o por el contrario ha sido intermitente por la dificultad de acceso a los servicios de salud. Por último, conocer cómo creen que habrían sido sus vidas si en vez de vivir en una zona rural hubieran vivido en una zona urbana donde hay más posibilidades de acceso y asistencia, y si creen que abrían tenido más posibilidades de desarrollar su proyecto de vida de forma más satisfactoria, o si creen que la vida en las zonas urbanas con una enfermedad mental es más complicada.

Una vez conocidas todas las historias de vida, se podrán extraer conclusiones a partir de las opiniones más repetidas de cómo es vivir en un pueblo pequeño con una enfermedad mental.

El proyecto no ha sido posible llevarlo a cabo por trámites burocráticos, pero estoy muy comprometida con la situación de las personas que residen en el medio rural con TMG y cuando sea posible lo llevaré a cabo.

Es esencial conocer la situación de las personas que residen en el medio rural y las dificultades con las que cuentan en cuanto al acceso a una salud de calidad, lo que es necesario para asegurar el bienestar de la población. La salud es uno de los cuatro pilares básicos y fundamentales que configuran el estado de bienestar junto con la seguridad social, los servicios sociales y la educación. Por lo que es imprescindible garantizar la universalidad de la asistencia sanitaria en las mismas condiciones para todas las personas que se encuentren en el Estado español. (*F. Blanco, 2019*)

## 10. BIBLIOGRAFÍA

Fernández, A. C. (s. f.). *INVESTIGACIÓN-PARTICIPACIÓN E HISTORIAS DE VIDA, UN MISMO CAMINO*. 14.

Francis, S. (s. f.). *1. El médico ante las personas con enfermedad mental en el mundo rural*. 12.

Habitantes Torre de Arcas 1900-2020. (s. f.) <https://www.foro-ciudad.com/teruel/torre-de-arcas/habitantes.html>

Izcara Palacios, S., & Andrade Rubio, K. (2003). *LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD TEORÍA Y PRÁCTICA*.

Jambrina, J. J. M., & Carnicero, E. P. (2007). *Tratamiento asertivo comunitario: El modelo Avilés*. *Archivos de psiquiatría*, 70(2), 77-82.

La salud mental en cifras – Comunica la Salud Mental. (s. f.). <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana>

Pinilla—*LA DESPOBLACIÓN RURAL EN ESPAÑA GÉNESIS DE UN PRO*.pdf. (s. f.). <http://sspa-network.eu/wp-content/uploads/Informe-CEDDAR-deflogo.pdf>

Plan Estratégico 2019-2022 de Confederación Salud Mental España. (s. f.). de <https://www.efesalud.com/estrategia-defensa-salud-mental/>

Torre de Arcas en la región de Aragón—Municipio y ayuntamiento de España. (s. f.). <https://www.ayuntamiento-espana.es/ayuntamiento-torre-de-arcas.html>

Cárcamo Guzmán, K., Cofré Lira, I., Flores Oyarzo, G., Lagos Arriagada, D. (2019). *Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación*. *Psicoperspectivas*, 18(2), 59-69. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue2-fulltext-1582>

López-Santiago, J., Blas, L. V., & Gómez, M. (2012). *EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO PARA PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 10.

Beltrán, M. R. (2009). *Empoderamiento y promoción de la salud*. 12.

Manso Martínez, M. E., Sánchez Lóez, M. del P., & Flores, I. C. (2013). *Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud*, 24(1), 37-45. <https://doi.org/10.5093/cl2013a5>

La Moncloa. Faustino Blanco: «*La sanidad española es pilar fundamental del Estado del Bienestar y una de las materias que claramente se refuerzan en los Presupuestos*» [Prensa/Actualidad]. (2019).

Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón: CEICA. (s. f.). IACS, <https://www.iacs.es/investigacion/comite-de-etica-de-la-investigacion-de-aragon-ceica/>

**ANEXO I**

**SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS ACADÉMICOS POR EL CEICA**

	 Avda. San Juan Bosco, 13. 50009 Zaragoza
<b>SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TRABAJOS ACADÉMICOS POR EL CEICA</b>	
Título del TRABAJO: _____	
Lugar de realización (Institución /Centro /Servicio/Unidad): _____	
Tipo de trabajo: <input type="checkbox"/> Fin de grado en _____ <input type="checkbox"/> Fin de master en _____ <input type="checkbox"/> Doctorado en _____	
<b>Datos del alumno:</b>	
Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____	
Centro de trabajo: _____ Puesto/cargo: _____	
Dirección: _____	
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	
<b>Datos del Director/Tutor de Trabajo 1:</b>	
Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____	
Centro de trabajo: _____	
Puesto/Cargo: _____	
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	
<b>Datos del Director/Tutor de Trabajo 2:</b>	
Nombre y Apellidos: _____ DNI: _____	
Centro de trabajo: _____	
Puesto/Cargo: _____	
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	
<b>DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR</b>	
- Protocolo de investigación ( <b>ver guía CEICA</b> ). - Documento de información para los participantes y consentimiento informado, si procede ( <b>ver modelo CEICA</b> ). - Autorización de la Dirección Médica para el uso de Historias Clínicas (si procede). - Memoria económica-Utilización de recursos, firmada por el responsable de la institución que corresponda ( <b>modelo CEICA</b> ). - Si los objetivos del trabajo están incluidos en su totalidad en un proyecto previamente aprobado por el CEICA, se debe presentar <b>UNCAMENTE</b> una carta del Investigador principal especificando la participación del alumno.	
Fecha y firma del alumno: _____	
<b>DECLARACIÓN DE LOS DIRECTORES</b>	
El Director(es)/Tutor(es) del trabajo garantiza(n) que: - El trabajo se realizará bajo su tutela y dirección. - Cumple, a su juicio, los requisitos éticos de la investigación y, de forma particular, los referidos a garantizar la confidencialidad de la información utilizada, la libre decisión de participar de personas y la utilización adecuada de los recursos disponibles. - En su caso, dispone de la autorización de los responsables de los centros asistenciales y/o servicios para la utilización de la documentación, información y/o pruebas diagnósticas necesarias para el desarrollo del proyecto.	
Fecha y firma del Director o directores: _____	
<small>Los datos de carácter personal que pudieran constar en esta comunicación serán incorporados al sistema de tratamiento del que es responsable el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Los datos serán tratados para la gestión y seguimiento de los estudios evaluados por el CEICA. Los datos serán suprimidos cuando se haya dado respuesta a la gestión y/o tramitación de la solicitud y hayan dejado de ser necesarios. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como los demás derechos que le otorga la normativa de protección de datos ante el IACS, con domicilio en el Centro de Investigación Biomédica de Aragón, Avda. San Juan Bosco, nº 13, 500009, Zaragoza o solicitándolo a través del mail <a href="mailto:protecciondedatos.iacs@aragon.es">protecciondedatos.iacs@aragon.es</a>.</small>	
Versión 19/06/2019 <span style="float: right;">1</span>	


## **ANEXO II**

### **ESTRUCTURA DE UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**


- Identificación del documento, en el pie de página debe llevar un número de versión y una página.
- Título, debe ser adecuado a la investigación propuesta.
- Equipo investigador, se debe identificar que centros e investigadores van a participar en el estudio.
- Antecedentes y justificación, con este apartado se pretende convencer al evaluador de la pertinencia de la investigación y de que el diseño elegido es adecuado.
- Hipótesis, el proyecto de investigación se diseña para dar respuesta a una pregunta inicial.
- Objetivos, deben estar expresados claramente, ser medibles y dar respuesta a la hipótesis planteada.
- Metodología, debe explicar detalladamente cómo se va a realizar el proyecto.
- Aspectos éticos, medidas para minimizar los daños previstos.
- Tratamiento de datos personales, de forma anónima.
- Cronograma, se debe establecer claramente cuando se va a llevar a cabo cada paso del estudio.
- Presupuestos, tanto si tiene financiación cómo si no, además de se va a recompensar o no a los participantes.
- Bibliografía, debe ser relevante, actualizada y fruto de una búsqueda exhaustiva.

**ANEXO III**

**MEMORIA ECONÓMICA**



**GOBIERNO DE ARAGON**  
Departamento de Sanidad



**Ceica**  
Instituto de Estudios Científicos, S.L. 50009 Zaragoza

**MEMORIA ECONÓMICA-UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN INVESTIGACIÓN**

*El fin de este documento es disponer de la información necesaria para garantizar un uso adecuado y eficiente de los recursos tales como tiempo de los profesionales, aparataje y dispositivos, pruebas complementarias, que son necesarios para desarrollar el proyecto. Indique si forman parte de los que se utilizan en la práctica clínica habitual del servicio en que lo va a desarrollar o si precisa de recursos y pruebas diagnósticas adicionales. Marque lo que proceda:*

**TÍTULO DEL PROYECTO:** \_\_\_\_\_

**1. Uso de recursos:**

	SI	NO
Dispone de financiación específica para el desarrollo del proyecto Especifique la fuente de financiación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indique la cantidad y la procedencia de los fondos. En caso de convocatoria competitiva se debe adjuntar el presupuesto concedido desglosado</i>		
¿Requiere colaboración de personal del Servicio para el desarrollo del Proyecto de Investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto:</i>		
¿Requiere participación del personal de otros Servicios para el desarrollo del Proyecto de Investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indique el nombre y su función o actividad en el desarrollo del proyecto, y recoja la firma del Jefe de Servicio correspondiente:</i>		
¿Requiere sólo pruebas diagnósticas utilizadas en la práctica clínica habitual para los pacientes incluidos en el estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en el propio servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indique cuáles. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2.</i>		
¿Requiere pruebas diagnósticas adicionales a las de la práctica clínica habitual realizadas en otros servicios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>En caso afirmativo indique cuáles y haga constar la aceptación expresa del jefe del servicio o unidad. Valore el coste de las pruebas en el apartado 2</i>		

**2. Valoración coste pruebas diagnósticas adicionales a la práctica asistencial:**

Prueba	Coste unitario	Nº pruebas	Coste total

**3. Conformidad de los responsables de los servicios implicados (NECESARIA SIEMPRE):**

Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____

**4. Conformidad de la Dirección/responsable del centro en que se desarrollará el proyecto (sólo es necesaria en caso de utilización de recursos adicionales):**

Firma: _____
Nombre: _____

Versión 19/06/2019
1



## ANEXO IV

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LOS PACIENTES

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del PROYECTO:** \_\_\_\_\_

Yo, ..... (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.  
He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.  
He hablado con: ..... (nombre del investigador)  
Comprendo que mi participación es voluntaria.  
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado (y para que se realice el análisis genético –si procede-).

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:  sí  no (marque lo que proceda)

**Si procede:** Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante: .....

Fecha: .....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador: .....

Fecha: .....