



Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2015-2016

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Salud mental y apoyo familiar: exploración de
la percepción de personas usuarias de un
centro de rehabilitación psicosocial**

Silvia Barbeito Torrente

Septiembre 2016

DIRECTORA:

Paula Díaz Romero. Terapeuta ocupacional. Profesora asociada de la Facultade de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

ÍNDICE.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	6
1.1. Salud mental y recuperación.	6
1.2. Salud mental y familia.	9
1.3. Terapia Ocupacional, salud mental y apoyo familiar.	10
2. BIBLIOGRAFÍA.	14
3. OBJETIVOS.	19
4. METODOLOGÍA.	20
4.1. Abordaje metodológico.	20
4.2. Ámbito de estudio.	20
4.3. Entrada al campo.	20
4.4. Población de estudio: criterios de inclusión y exclusión.	21
4.5. Búsqueda bibliográfica.	22
4.6. Recogida de datos.	22
4.7. Plan de análisis.	23
4.8. Rigor y credibilidad.	24
4.9. Aplicabilidad.	24
5. PLAN DE TRABAJO.	25
6. ASPECTOS ÉTICOS.	27
7. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	28
8. FINANCIACIÓN DE LOS RESULTADOS.	29
8.1. Recursos necesarios.	29
8.2. Posibles fuentes investigación.	31
9. AGRADECIMIENTOS.	32
10. APÉNDICES.	33

RESUMEN.

Título: Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial.

Introducción: La familia es un elemento clave en el proceso de recuperación en personas con trastorno mental grave, siendo proveedora de información útil para la recuperación de la persona y proporcionando apoyo y continuidad en todo el proceso. Dada la importancia del apoyo social, resulta necesario conocer la percepción que tienen las personas con problemas de salud mental acerca de su apoyo familiar y la influencia del mismo en su desempeño ocupacional, para poder mejorar el proceso de intervención desde terapia ocupacional, ya que los terapeutas ocupacionales trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para apoyar mejor su compromiso ocupacional.

Objetivos: El objetivo general de este estudio es explorar la percepción que tienen las personas con problemas graves de salud mental acerca de su apoyo familiar y la influencia en su desempeño ocupacional.

Metodología: La metodología utilizada es de tipo cualitativa desde un paradigma fenomenológico. Los informantes serán personas con disfunción en la salud mental y profesionales pertenecientes a una asociación situada en la provincia de A Coruña. La recogida de los datos se realizará mediante una entrevista semiestructurada individual.

Palabras clave: “terapia ocupacional”, “esquizofrenia”, “trastorno mental grave”, “apoyo familiar”, “apoyo social”, “redes sociales”, “participación social”, “recuperación”.

Tipo de trabajo: Proyecto de investigación.

ABSTRACT.

Title: Mental health and family support: exploring the perception of users of a psychosocial rehabilitation center.

Background: The family is a key element in the recovery process in people with severe mental illness, still providing useful information for the recovery of the person and providing support and continuity throughout the process. Given the importance of social support, it is necessary to know the perception that people with mental health problems have about their family support and influence of it on their occupational performance, to improve the process of intervention from occupational therapy, because the occupational therapists work with individuals and communities to improve their ability to engage in the occupations that they want, need, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to get better support their occupational commitment .

Objectives: The main objective of this study is to explore the perception that people with serious mental health problems about their family support and influence in their occupational performance.

Methodology: The methodology used is qualitative type from a phenomenological paradigm. Informants will be people with mental health dysfunction and professionals belonging to an association located in the province of A Coruña. The data collection will be made by an individual semi-structured interview.

Keywords: “occupational therapy”, “schizophrenia”, “severe mental disorder” “family support”, “social support”, “social networks”, “social participation” y “recovery”.

RESUMO.

Título: Saúde mental e soporte familiar: exploración da percepción das persoas usuarias dun centro de rehabilitación psicosocial.

Introducción: A familia é un elemento clave no proceso de recuperación en persoas con enfermidade mental grave, sendo proveedora de información útil para a recuperación da persoa e prestando apoio e continuidade ao longo de todo o proceso. Dada a importancia do apoio social, é necesario coñecer a percepción das persoas con problemas de saúde mental do seu apoio familiar e a influencia del no seu desempeño ocupacional, para mellorar o proceso de intervención da terapia ocupacional, posto que os terapeutas ocupacionais traballan cos individuos e as comunidades para mellorar a súa capacidade de se involucrar en ocupacións que eles queren, teñen, ou se espera que fagan, ou modificando ocupacións ou o ambiente para apoiar o seu compromiso ocupacional.

Obxectivos: O obxectivo deste estudo é explorar a percepción que as persoas con graves problemas de saúde mental teñen do seu apoio familiar e a influencia sobre seu desempeño ocupacional.

Metodoloxía: A metodoloxía utilizada é do tipo cualitativa dende un paradigma fenomenolóxico. Os informantes serán persoas con disfunción na saúde mental e profesionais pertencentes a unha asociación situada na provincia de A Coruña. A obtención de datos farase mediante unha entrevista semiestruturada individual.

Palabras clave: “terapia ocupacional”, “esquizofrenia”, “trastorno mental grave”, “apoyo familiar”, “apoyo social”, “redes sociais”, “participación social”, “recuperación”.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

1.1. Salud mental y recuperación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*. (1)

Los trastornos mentales son definidos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como: *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”*. (2)

En el mundo, en algún momento de su vida, 450 millones de personas padecen un trastorno mental o de comportamiento. (3)

En España, según el estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales, un 19,5% de la población presentará algún tipo de trastorno mental en su vida, de este porcentaje un 15,7% son hombres y un 22,9% mujeres. (4) Asimismo, en la encuesta nacional de salud se obtuvo una prevalencia de 21,5% de diferencia entre hombres y mujeres siendo de 27% en mujeres y 15,7% en hombres. En la misma se revelan grandes diferencias por comunidades autónomas que podrían deberse al nivel de estudios, nivel socioeconómico, inmigración y tasas de desempleo entre otras. (5)

En Galicia se ha publicado el Plan Estratégico de Salud Mental (2006-2011) con el objetivo de sentar unas bases para la atención a la salud mental y asegurar a los pacientes y familiares el acceso a la asistencia y su vuelta a la comunidad. (7)

Este plan cuenta con los siguientes programas de salud mental:

- Programas preventivos: programa antiestigma, programa de cuidado a cuidadores y programas preventivos asistenciales.
- Programas asistenciales: programa para problemas prevalentes en salud mental, programa de trastorno mental severo, programa de interconsulta y enlace, programa de observación e intervención en crisis hospitalarias, programa de consulta de alta resolución, programa de teleasistencia y programa con procedimientos específicos.
- Programas rehabilitadores.
- Programas especiales: programa de atención a problemas relacionados con consumo perjudicial de alcohol, tabaco, así como aquellos relacionados con dependencias sin sustancia, programas de trastornos de conducta alimentaria, programa de intervención en crisis y urgencias comunitarias y programa de salud mental y catástrofes.
- Programas de formación: programas de formación de especialistas y programas de formación continuada.
- Programas de investigación. (7)

Paradigma de la Recuperación.

El paradigma de la recuperación nace en los años 80 y 90, principalmente por los movimientos de usuarios/supervivientes (8) y surge gracias a:

- La evidencia de estudios realizados a largo plazo de personas con trastorno mental grave. (8)
- La eficacia de prácticas alternativas a la hospitalización (reducción de fármacos y ambiente familiar). (10)
- La relevancia de la perspectiva de la propia persona y de su entorno próximo. (10)
- La importancia de publicaciones sobre este movimiento en las revistas más prestigiosas. (10)

La necesidad que tienen los usuarios de servicios de salud mental de cambiar el tipo de asistencia que reciben, es la razón de que surjan movimientos que propicien este cambio. El paradigma de la recuperación no responde a un concepto nuevo, sino a la necesidad de aportar un nuevo significado al término, abandonando el enfoque tecnológico y relacionándolo con otros valores que se corresponden con un enfoque más humano, dando relevancia al usuario y al clima familiar que lo rodea. (10) Se caracteriza por centrarse en la salud, en las capacidades, en el autocontrol y la autoayuda y no en la enfermedad. (8) Así, la relación entre el profesional de la salud y el usuario se modifica respecto a la tenía lugar hasta el momento. El usuario se empodera y su opinión es tenida en cuenta durante todo el proceso de recuperación. (10)

El concepto de recuperación se define como: *“un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad”*. (8) En la literatura encontramos una definición operativa de recuperación específica para la esquizofrenia que se basa en: la remisión de los síntomas, tener funcionamiento ocupacional, una vida independiente y participación social con amigos y compañeros (no solamente con miembros de la familia). (9)

En los servicios de salud mental de países como Nueva Zelanda, Estados Unidos y Australia el concepto de recuperación se ha convertido en un fundamento clave para la intervención. (8)

Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 19: *“Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad: Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones*

iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad”. Además, en su artículo 26: *“habilitación y rehabilitación: Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales(...)”.* (11)

1.2. Salud mental y familia.

La familia es un elemento clave en el proceso de recuperación siendo proveedora de información útil para la recuperación de la persona y proporcionando apoyo y continuidad en todo el proceso. (12) Proporciona seguridad, confianza y cariño, dado que es el entorno social más próximo, influye en el desarrollo de cada individuo favoreciendo, de esta forma, su inclusión social. (13)

Es importante que la familia esté debidamente informada sobre el problema de salud mental, las limitaciones que conlleva y sobre posibles estrategias para poder enfrentar las diferentes situaciones que se puedan presentar a lo largo de todo el proceso y poder así ayudar a potenciar el buen desempeño ocupacional de su familiar. (13)

En un estudio realizado por De Oliveira Borba L et al. se seleccionó a seis familias con un total de doce participantes, para poder evaluar su dinámica y su relación familiar. Se observó que se considera a la familia como un soporte fiable, donde se puede buscar apoyo y comprensión. Es

un espacio que proporciona seguridad, en el que se puede interaccionar, pero también, en algunas ocasiones, puede llegar a ser un espacio de conflictos, (14) tensiones, sentimiento de culpa de los familiares y pérdida de comunicación, entre otras, (13) puesto que es el espacio de interacción más cercano en el que se expresan las emociones. (14)

El apoyo familiar es muy importante para las personas que tienen problemas graves de salud mental, ya que cuentan con pocas redes sociales que se lo puedan proporcionar. (15) Dentro de las redes sociales, perciben mucho más alto el apoyo si procede de la familia; si éste es escaso puede causar un desempeño ocupacional desfavorable. (15) Pero, en cualquier caso, tiene que ser equilibrado, ya que si es escaso es malo y si se produce en exceso, con actitudes intrusivas de la familia, la persona puede sentirse abrumada y pueden desencadenarse consecuencias negativas. (16)

La familia tiene que considerarse parte fundamental en el proceso de recuperación (14,8) y resocialización, como una unión entre la persona y el ambiente que la rodea. (14) Las personas con trastornos mentales graves que cuenten con apoyo familiar tendrán más probabilidades de recuperarse. (9)

1.3. Terapia Ocupacional, salud mental y apoyo familiar.

La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) define la Terapia Ocupacional (TO) como: *“una profesión socio-sanitaria centrada en la persona que pretende promover la salud y el bienestar a través de la ocupación. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales para lograr este resultado trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su capacidad de participar en las ocupaciones que quieren, necesitan, o se espera que hagan, o mediante la modificación de la ocupación o el medio ambiente para*

apoyar mejor su compromiso ocupacional". (17)

Según el Marco de Trabajo para la Práctica de la TO, las áreas de la ocupación son: las actividades de la vida diaria (tales como bañarse, vestirse, comer... entre otras), las actividades instrumentales de la vida diaria (cuidado de otros, movilidad en la comunidad, gestión y mantenimiento de la salud, preparación de la comida y la limpieza...), descanso y sueño (descansar, dormir, prepararse para el sueño...), educación (participar en la ocupación formal, exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales y participación en la educación personal informal), trabajo (búsqueda y adquisición de empleo, rendimiento en el trabajo, preparación y ajuste para la jubilación...), juego (exploración del juego y participación en el juego.), ocio, tiempo libre y participación social.

Esta última, la participación social, está dividida en tres bloques: la participación en la comunidad, la participación en la familia y la participación con compañeros y amigos (18) y juntos conforman el apoyo social que un individuo tiene.

Los familiares, los amigos y la comunidad en general son un recurso muy valioso en los momentos de crisis a los que se enfrenta cualquier persona. (16) Estas redes sociales se definen como un espacio de intercambio e interacción (19,20) con personas emocionalmente significativas (20) en el que se encuentra soporte y apoyo emocional, (16,20) sentimientos de afiliación, (16) satisfacción de necesidades básicas, recursos e información entre otras. (16,20) Esta red podría verse como círculos concéntricos (de dentro hacia fuera: familia nuclear, resto de familiares, amigos y compañeros de trabajo) (16) y como un proceso dinámico, de intercambio entre la persona y el ambiente que la rodea. (21)

En lo que se refiere a la esquizofrenia, se ha encontrado en la literatura que más de un 60% presentan un funcionamiento social deficitario, (15) son 4 veces más propensos a no tener un amigo próximo y más de un

tercio aseguran que no tienen a nadie que los apoye en los momentos de crisis. (22)

Las personas con esquizofrenia presentan unas redes sociales más reducidas que el resto de la población general (19,23) y que las personas con trastornos mentales no psicóticos, (24) observándose que mientras una red en la población se compone de unas cuarenta personas, en las personas con esquizofrenia este número se ve bruscamente reducido de cuatro a trece personas. (21) También se encontró una diferencia en el tamaño de la red por cuestión de sexo, es decir, las redes sociales son más amplias en el sexo femenino que en el masculino, aunque se produce una disminución progresiva en el tamaño de la red causada por la edad en ambos sexos por igual. (15)

En un estudio realizado por los Terapeutas Ocupacionales Urlic K. y Lentín P. se muestra que las personas con esquizofrenia emplean la mayor parte de su tiempo satisfaciendo actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y de descanso y sueño y ocio pasivo. Esto se debe, entre otras cosas, a que no tienen acceso a otras ocupaciones significativas en las que ocupar su tiempo libre como son el trabajo, el ocio y la participación social. Muestra la importancia de los ambientes y los apoyos con los que las personas cuentan para poder tener acceso a un trabajo y a unas ocupaciones significativas que provoquen una mejora en la calidad de vida de esas personas. (25)

En las personas con esquizofrenia se ve deteriorado su funcionamiento social tanto por los síntomas psicóticos como por los efectos de los fármacos, todo esto produce una disminución en la red de apoyo, (15) quedando reducida al apoyo familiar y del personal sanitario. (21) Debido a este gran cambio las personas con esquizofrenia esconden sus emociones y abandonan su participación social. (23)

Se ha encontrado en la literatura que el apoyo social para las personas de este colectivo actúa amortiguando los efectos que los acontecimientos vitales producen en la salud. (16,15) Unas redes de apoyo amplias producen continuidad y soporte en el transcurso de la enfermedad (16) reduciendo significativamente los ingresos hospitalarios (15,16) y la duración de los mismos, (26) además, mejora la salud física (20) provocando todo esto un aumento de la calidad de vida de las personas.

Para las personas con esquizofrenia es importante contar con el apoyo de familiares y amigos. (27,28) Un estudio de Harley, Boardman y Craig nos muestra que el tamaño de la red de este último grupo, los amigos, es reducida, pero de gran calidad y valor. (28)

La presencia de estos dos grupos en las redes de apoyo provoca una mejora en el autocuidado (27) y en el funcionamiento ocupacional, una reorientación de intereses y creación de motivaciones. (24)

Por todo ello, el apoyo social y las redes sociales desempeñan un papel importante en la rehabilitación de la persona con problemas de salud mental, debido a su influencia en el funcionamiento ocupacional de la persona. (29,21,22,24)

Por tanto, se pretende obtener un mayor conocimiento sobre el desempeño ocupacional y las relaciones familiares del adulto con disfunción en la salud mental, explorando su percepción acerca del apoyo familiar y su influencia en el proceso de recuperación y así, aportar datos relevantes sobre este tema.

2. BIBLIOGRAFÍA.

1. WHO [sede web]. Ginebra: Organización mundial de la salud; [10 de diciembre de 2015]. Temas de salud [1 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>
2. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed.: editorial médica panamericana; 2014.
3. Ministerio de sanidad y consumo. Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. Madrid: ministerio de sanidad y consumo; 2007.
4. Alonso J, Ferrer M, Romera B, Vilagut G, Angermeyer M, Bernert S et al. The European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res.2002; 11 (2): 55-67. Fe de erratas en: Int J Methods Psychiatr Res.2003; 12 (3): 165.
5. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad [sede web]. Madrid: ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2006 [10 de diciembre de 2015]. Encuesta nacional de salud de España 2006 [6 pantallas].
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
6. Gisbert Aguilar C, Arias P, Aparicio Basauri V, Bravo M, Camps García C, Chicharro Lezcano F et al. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. En: Congreso asociación española de neuropsiquiatría. Madrid: asociación española de neuropsiquiatría; 2003.p.13-276.

7. Pedreira Crespo V. Coordinador. Plan estratégico de salud mental 2006- 2011. Galicia: Xunta de Galicia; 2006.
8. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Londres: Sainsbury centre for mental health; 2008.
9. Liberman R.P, Kopelwicz A. Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. Rehabilitación psicosocial. 2004; 1 (1): 12-29.
10. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith S.P. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2013; 33 (118): 257-271.
11. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. [sitio web]. Nueva York. Diciembre 2006 [17 de diciembre de 2015] Disponible en:
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
12. Ocaña Expósito L. Papel que desempeñan las familias de personas con enfermedad mental durante el proceso de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2012 [16 de noviembre de 2015]; 9 (15): [18 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf>.
13. García Alén L.; Talavera Valverde M. A.; Díaz Polo K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2013 [16 de noviembre de 2015]; Vol. 10, Supl. 8: p 86-91. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf>.

14. De Oliveira Borba L, Paes MR, Noeremberg Guimares A, Labronici LM, Alves Maftum M. The family and the mental disturbance carrier: dynamics and their family relationship. Rev Esc Enferm. 2011; 45 (2): 433.
15. Gutiérrez Maldonado J, Caqueo Urizar A, Ferrer García M, Fernández Dávila P. influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. Psicothema. 2012; 4 (2): 255-262.
16. Lemos Giraldez S, Fernández Hermida JR. Redes de soporte social y salud. Psicothema.1990; 2 (2): 113-135.
17. World federation of occupational therapists [sede web]*. England: world federation of occupational therapists;2012 [28 de octubre de 2015]. definition of occupational therapy [2pantallas].
<http://www.wfot.org/aboutus/aboutoccupationaltherapy/definitionofoccupationaltherapy.aspx>
18. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [traducción]. www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf
Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
19. Ferreira Mânguia E, Tiekko Muramoto M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. Sao Paulo. 2007; 18 (2): 54-62.
20. Troncoso M, Álvarez C, Sepúlveda R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia. Una revisión del tema. Rev. Psiquiatr, (Chile).1996; 12 (2): 67-73.

21. Petkari E. La relación entre las habilidades sociales y el apoyo social percibido en la esquizofrenia [Tesis doctoral]*. Granada: Universidad de Granada. 2007.
22. Ferreira Mânguia E, Tiekko Muramoto M. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. Rev.Ter.Ocup.Univ. Sao Paulo.2005; 16 (1): 22-30.
23. Chaya Schwartz PHD, Ophra Gronemann MA. The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences. Isr J Psychiatry Relat Sci (Israel). 2009; 46 (2): 120-129.
24. Heredia Pareja C, Aguilera Serrano C. percepciones acerca de su red social y participaciones de actividades en la comunidad de personas diagnosticadas de psicosis con menos de cinco años de evolución (desde una perspectiva cualitativa). TOG (A Coruña) [revista en internet].2013 [15 de octubre de 2015]; 10 (17): [29p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original4.pdf>
25. Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. Aust Occup Ther J(Australia). 2010; 57: 310-317.
26. Rodríguez Castro GA. Redes sociales y esquizofrenia: las redes sociales y sus efectos en la inserción sociolaboral de personas con esquizofrenia en las comunas de Viña del mar y Valparaíso. En: XXIX congreso de la asociación latinoamericana de sociología. Chile: Asociación latinoamericana de sociología; 2013.

27. Evert H, Harvey C, Trauer T, Herman H. The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38 (4): 180-8.
28. Harley EW, Boardman J, Craig T. Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47 (8): 1291-9.
29. Carrasco Ramírez O, Navarro Bayón D. Estudio de factores relacionados con la integración social en personas con enfermedad mental. *Norte de salud mental [revista en internet]*. 2008 [14 de octubre de 2015], 7 (30): [48-60].
30. Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Vivar C.G. Investigación cualitativa: manual para principiantes. Ediciones Eunate; 2012.
31. Ulin P.R., Robinson E.T., Tolley E.E. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Organización Panamericana de la salud; 2006.
32. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Atención primaria*. 1999; 24 (5): 295-300.
33. Protección de datos de carácter personal. Ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 298, (14-12-1999).
34. Ley reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente. Ley 3/2001 del 28 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 158, (03-07-2001).

3. OBJETIVOS.

General:

- El objetivo general de este estudio es explorar la percepción que tienen las personas con problemas graves de salud mental acerca de su apoyo familiar y la influencia en su desempeño ocupacional.

Específicos:

- Explorar las redes sociales de las personas con problemas de salud mental.
- Conocer la percepción de la persona con disfunción en la salud mental acerca del apoyo de familiares y amigos, así como su propia participación.
- Elaborar estrategias de intervención basadas en los resultados obtenidos.
- Conocer la percepción de los profesionales respecto a cómo influye el apoyo familiar en el proceso de recuperación de la persona con disfunción en la salud mental.

4. METODOLOGÍA.

4.1. Abordaje metodológico.

La metodología seleccionada es la cualitativa definida como: *“cualquier tipo de investigación que produce resultados a los que no se ha llegado por procedimientos estadísticos u otro tipo de cuantificación: puede referirse a investigaciones acerca de la vida de las personas, historias, comportamientos, y también al funcionamiento organizativo, movimientos sociales o relaciones e interacciones”*, ya que entiende y dota de sentido la realidad social de los participantes para crear nuevos conocimientos. (30)

Es un proceso de interacción entre el investigador y las personas investigadas y presenta un carácter emergente, ya que a medida que emergen los datos se va construyendo la investigación. (30)

El diseño seleccionado es el fenomenológico ya que busca dar significado a la conducta humana desde la propia perspectiva del sujeto. (30)

4.2. Ámbito de estudio.

El estudio se realiza en un centro de rehabilitación psicosocial y laboral (CRPL), situado en la provincia de A Coruña.

4.3. Entrada al campo.

La entrada al campo se realizará a través de la asociación en la que se han cursado las asignaturas Estancias Prácticas V y VII de tercer y cuarto curso, respectivamente, del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidade da Coruña.

En primer lugar, se contactará con la dirección del Centro para aportar toda la información relativa a esta investigación y se facilitará un documento de presentación del proyecto (apéndice I). Una vez conseguida la autorización del mismo (apéndice II), se les entregará una hoja informativa a los trabajadores del centro (apéndice III) y tras su

aceptación (apéndice IV), se realizará una reunión con los posibles usuarios participantes (y en su caso, el tutor legal), en la que se les entregará una hoja informativa (apéndice V) y el correspondiente consentimiento informado (apéndice IV).

4.4. Población de estudio: criterios de inclusión y exclusión.

La población de estudio estará formada por dos perfiles de informantes: usuarios/as con disfunción en la salud mental que acudan a la asociación de referencia y profesionales que formen parte de la misma.

Se han seleccionado los siguientes criterios de inclusión y exclusión para el perfil de usuarios/as:

- Criterios de Inclusión**
- Tener un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG).
 - Estar comprendidos en el rango de 18 a 65 años de edad.

- Criterios de Exclusión**
- Llevar menos de 3 meses en la asociación.

En cuanto al perfil de profesionales, los criterios seleccionados son:

- Criterios de Inclusión**
- Trabajar en la asociación en la que se realiza el proyecto.
 - Ser profesional de la rama sociosanitaria.

- Criterios de Exclusión**
- Llevar menos de 6 meses trabajando en la asociación.

4.5. Búsqueda bibliográfica.

Las bases de datos utilizadas fueron:

- Pubmed.
- Medline.
- OT seeker.
- Dialnet.
- Scientific Electronic Library online.
- Google académico.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron: “terapia ocupacional”, “esquizofrenia”, “trastorno mental grave”, “apoyo familiar”, “apoyo social”, “redes sociales”, “participación social”, “recuperación”, “occupational therapy”, “schizophrenia”, “severe mental disorder”, “family support”, “social support”, “social networks”, “social participation” y “recovery”.

Todos los términos se introdujeron entrecomillados y unidos por el operador boleano “y/and”.

También se efectuó una búsqueda libre con términos como salud mental, familia, apoyo familiar.

Para ampliar la información sobre el tema se realizaron consultas en el Catálogo de la Biblioteca de la Universidade da Coruña así como en páginas Web específicas.

4.6. Recogida de datos.

En esta fase se obtienen datos que posteriormente serán analizarlos y pretenden dar respuesta a la pregunta de investigación.

El método utilizado para la recogida de datos será la entrevista tanto a usuarios como a profesionales. Para ellos se han elaborado dos guiones de entrevista, uno para usuarios (apéndice VI) y otro para profesionales (apéndice VII), con la finalidad de obtener información sobre el pensamiento y creencias de los participantes, es decir, el conjunto de su realidad contada en primera persona.

La entrevista será realizada por la investigadora principal en el propio centro ya que es un entorno conocido para los/las participantes.

El tipo de entrevista utilizada es la abierta estandarizada, que permite que los participantes se expresen con libertad, propiciando una respuesta abierta. Se realizarán las mismas preguntas y en el mismo orden a todos los participantes. (31)

Toda la información obtenida de la entrevista se recogerá en las notas de campo, utilizando descripciones objetivas de lo que se está observando. La información será registrada con la mayor brevedad posible para evitar posibles pérdidas de información y nunca se realizará delante de las personas observadas. (30)

4.7. Plan de análisis.

Tras la recogida de los datos, se procederá a seleccionar, analizar e interpretar. Para ello, se realizará una transcripción textual de las grabaciones de las entrevistas, que quedarán registradas de forma narrativa, una vez realizado esto se hará una copia de seguridad de toda la información.

Tras tener toda la información por escrito se hará una identificación de los participantes utilizando siglas o abreviaturas para proteger su identidad, posteriormente se codificarán los datos y se relacionarán en categorías, a medida que van aflorando los datos se irán contrastando con la literatura encontrada sobre el mismo tema, este proceso termina cuando se ha alcanzado la saturación, esto es, cuando los datos dejan de proporcionar nueva información. (30)

Tanto la investigadora como la directora del proyecto llevarán a cabo la selección, interpretación y análisis de la información obtenida durante el estudio.

Tras realizar el análisis de los datos aparecerán las categorías de significado y se realizará una síntesis de los principales hallazgos encontrados.

4.8. Rigor y credibilidad.

En la investigación cualitativa, para garantizar la calidad de la investigación, se utilizarán los criterios de veracidad:

- **Credibilidad:** Valor de verdad, es decir, veracidad de los resultados gracias a la retroalimentación de los informantes.
- **Transferibilidad:** los resultados pueden aplicarse a otras poblaciones y contextos.
- **Consistencia:** También puede denominarse dependencia. Estabilidad de los datos, es decir, replicabilidad. Así, si otro investigador quiere replicar el estudio, si lo realiza en el mismo contexto, los resultados serán similares.
- **Confirmabilidad:** Se refiere a la neutralidad del investigador, dando a conocer en todo momento su posición en la investigación. (32)

4.9. Aplicabilidad.

Los resultados obtenidos de este estudio servirán para generar evidencia científica que va a enriquecer el conocimiento de la terapia ocupacional y otras disciplinas sobre el tema de estudio, así como mejorar la calidad de la intervención.

A nivel educativo va a aportar datos relacionados con las experiencias de personas con disfunción en la salud mental, por lo que genera un interés para divulgar los datos recogidos a asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental que trabajen con este colectivo para aumentar el conocimiento sobre el tema.

A nivel comunitario será una herramienta para hacer frente al estigma y a concienciar de la importancia que cobran las redes de apoyo para las personas con problemas de salud mental.

5. PLAN DE TRABAJO.

PRIMERA ETAPA:

- Etapa conceptual: En la que se selecciona el tema de estudio y se comienza a realizar la búsqueda bibliográfica.

SEGUNDA ETAPA:

- Etapa de diseño: se selecciona el tipo de diseño que se va a utilizar y se selecciona la muestra. En este caso, el tipo de muestreo que se utiliza es no probabilístico intencional, ya que se tiene acceso a la muestra y el investigador selecciona a los participantes intencionalmente. Por último, se selecciona el método de recogida de datos que, en este caso, es la entrevista.
- Etapa empírica: Tras realizar las entrevistas a profesionales y usuarios se transcriben los datos y se codifican.
- Etapa analítica: Una vez que se codifican los datos se produce el análisis de los mismos y se redacta un informe final con los resultados.
- Etapa de difusión: Es la etapa en la que se dan a conocer los datos del estudio, tanto con publicaciones en revistas científicas, como en congresos relacionados con el ámbito del estudio.

A continuación, se muestra en la siguiente tabla (tabla I) un cronograma en el que figuran las distintas etapas del plan de trabajo.

Tabla I: Cronograma (Elaboración propia).

	2015			2016								
	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Febr.	Marz.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Agos.	Sept.
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
REDACCIÓN PROYECTO			■	■								
SELECCIÓN INFORMANTES				■								
RECOGIDA DE DATOS					■	■	■					
ANÁLISIS DE LOS DATOS								■	■	■		
REDACCIÓN INFORME											■	
DIFUSIÓN RESULTADOS												■

6. ASPECTOS ÉTICOS.

Se realizará la investigación siguiendo en todo momento el código ético de terapia ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional y el Código Deontológico de Terapia Ocupacional.

La información será tratada bajo confidencialidad, tomando como referencia Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (33) y la Ley gallega 3/2001 del 28 de mayo Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica del paciente. (34)

Se pide en primer lugar la autorización al centro (apéndice I) y una vez se autoriza (apéndice II), se entrega un documento con la información de la investigación a los profesionales del centro (apéndice III) y, una vez se acepta, se les entrega la hoja de consentimiento informado (apéndice IV). También se entrega la hoja de información a los posibles participantes (apéndice V) y la hoja de consentimiento informado para los que deseen aceptar la participación (apéndice IV). A partir de este momento, se puede comenzar la investigación y, de este modo, dar comienzo a las entrevistas (apéndices VI y VII), que serán grabadas. Una vez analizada la información, esta será destruida.

7. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Se publicará en las siguientes revistas y congresos:

Revistas:

- Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG).
- Revista "Terapia Ocupacional" de la Asociación profesional de Terapeutas ocupacionales (APTO) de España.
- The American Journal of occupational therapy. Factor de impacto año 2015 (JCR): 1'806. Factor de impacto año 2015 (SJR): 0'913.
- Australian Occupational therapy journal. Factor de impacto año 2015 (JCR): 1'404. Factor de impacto año 2015 (SJR): 0'59.
- The British journal of occupational therapy. Factor de impacto año 2015 (JCR): 0'935. Factor de impacto año 2015 (SJR): 0'403.
- Occupational Therapy International. Factor de impacto año 2015 (JCR): 0'683. Factor de impacto año 2015 (SJR): 0'461.

Congresos:

- VIII congreso Iberoamericano de psicología clínica y de la salud que tendrá lugar en Puerto Rico desde el 27 de septiembre hasta el 1 de octubre de 2016.
- I congreso Ibérico de terapia ocupacional que tendrá lugar en Beja (Portugal) el 14 y 15 de octubre de 2016.
- XIX congreso nacional de psiquiatría que tendrá lugar en Palma de Mallorca el 27 y 29 de octubre de 2016.
- XII congreso latinoamericano de terapia ocupacional que tendrá lugar en Cancún (México) en 2017.
- XVII congreso mundial de terapia ocupacional que tendrá lugar en Sudáfrica desde el 21 al 25 de mayo de 2018.

8. FINANCIACIÓN DE LOS RESULTADOS.

8.1. Recursos necesarios.

Se cuenta con el espacio físico necesario para realizar las entrevistas en la Asociación en la que se realiza el proyecto y con las instalaciones de la biblioteca de la Universidad de la Coruña incluyendo el acceso gratuito a bases de datos, revistas científicas y libros.

Además de la investigadora principal también se cuenta con el asesoramiento de la tutora del proyecto de investigación.

Pueden observarse todos los recursos necesarios con sus presupuestos en la siguiente tabla (tabla II):

Tabla II: Recursos y presupuestos (Elaboración propia).

	Concepto		Total
Recursos Humanos	Terapeuta ocupacional		—
Recursos Materiales	Material Inventariable	Grabadora digital	95,97€
		Ordenador	248,44€
		Impresora láser	154,77€
		Internet	40,00€
		Teléfono	20,00€
	Material Fungible	Material de oficina	200,00 €
Recursos de Movilidad		Elaboración proyecto	4.400,00€
		Difusión de Resultados	2.100,00€
	Total		7.259,18€

8.2. Posibles fuentes investigación.

Fuentes de financiación pública:

- Ayudas FECYT fomento de la cultura científica y tecnológica e innovación 2016.
- Bolsas de Investigación, Educación, Cultura y Deporte de la Diputación de A Coruña.

Fuentes de financiación privada:

- Ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi de la fundación Mapfre.

9. AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, quiero darle las gracias a mi tutora Paula Díaz Romero, por su apoyo, comprensión y paciencia. Me apoyó en todo este largo proceso y me facilitó mucho el camino, sin ella no podría haber realizado este trabajo.

En segundo lugar, quiero darle las gracias a mis familiares, amigos y compañeros de trabajo por tener paciencia y darme apoyo incondicional en todo el proceso.

Y en tercer y último lugar, pero no por ello menos importante, quiero dar las gracias a Nereida Canosa, por responder a todas mis dudas en la mayor brevedad posible.

10. APÉNDICES.

APÉNDICE I: HOJA DE INFORMACIÓN A LA DIRECCIÓN.

Este documento tiene por objeto dar la información referida al proyecto de investigación que se quiere realizar a la dirección del centro.

Dña. Silvia Barbeito Torrente con DNI xxxxxxxxx estudiante de cuarto grado de Terapia Ocupacional en la Universidade da Coruña expone que:

Durante la realización de las estancias prácticas de cuarto año en la asociación para personas con disfunción en salud mental surge el interés de realizar un proyecto fin de grado sobre "Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial", teniendo como objetivo principal conocer la percepción subjetiva de las personas con trastorno mental severo que acuden a un CRPL de la provincia de la Coruña sobre cómo influye su apoyo familiar en su desempeño ocupacional.

La recogida de información se llevará a cabo mediante la realización de una entrevista semiestructurada (a participantes y a trabajadores), realizada tras la debida información tanto a profesionales, usuarios y familiares y tras la posterior aceptación del consentimiento informado de los mismos.

Las entrevistas se realizarán en las instalaciones del centro en horario habitual de asistencia de los usuarios, para no interferir en su tiempo libre. La entrevista se grabará y se transcribirá, eliminando los datos tras su análisis, datos a los cuales sólo tendrán acceso las investigadoras.

El proyecto será presentado tras su finalización ante un tribunal que lo evalúe en la Universidade da Coruña y se difundirá en los congresos y revistas relacionados con este ámbito.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos siguiendo lo establecido en la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la ley gallega 3/2001 del 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente.

Tras lo expuesto se solicita la autorización de D/DÑA, director/a del centro para poder realizar dicho proyecto de investigación en sus instalaciones.

A Coruña, _____ de _____ del 20__.

APÉNDICE II: AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Yo, D/Dña....., con DNI, autorizo a la investigadora Silvia Barbeito Torrente, con DNI xxxxxxxxx, a realizar el proyecto de investigación que lleva por título "Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial" en la asociación para personas con disfunción en salud mental, con el cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la ley gallega 3/2001 del 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente.

Firma y fecha (La Dirección)

Firma y fecha (la investigadora)

APÉNDICE III: HOJA INFORMATIVA PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se llevará a cabo en la asociación en la que trabaja con la correspondiente aprobación de la dirección.

El estudio será realizado por la alumna Silvia Barbeito Torrente para la asignatura de proyecto de fin de grado.

El estudio que se va a realizar es: "Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial", este estudio tiene como objetivo principal conocer la percepción subjetiva de las personas con trastorno mental grave que acuden a un CRPL de la provincia de la Coruña sobre si el apoyo familiar que ellos reciben facilita su desempeño ocupacional.

Su participación consistirá en ser entrevistado por la investigadora y responder a una serie de preguntas que ésta le formulará en las instalaciones de la asociación, fuera del horario de apertura del centro.

No se conoce ningún riesgo asociado a la realización de dicho estudio.

Se grabará en audio la entrevista para una mejor interpretación de los datos y sólo serán escuchadas por la investigadora. Una vez se transcriba y analice la información dichas grabaciones de audio serán eliminadas. Una vez terminado el estudio podrá ser divulgado en el ámbito científico. Se asegura en todo momento el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos conforme a lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la ley gallega 3/2001 del 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la

historia clínica del paciente.

En el momento en el que le surja alguna duda puede ponerse en contacto con la investigadora en el teléfono xxx xx xx xx.

Muchas gracias por su atención.

Firma investigadora:

A Coruña, _____ de _____ de 20____.

APÉNDICE IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Solicito su participación voluntaria para un estudio cualitativo, llevado a cabo con fines académicos, sobre la exploración del apoyo familiar percibido por las personas con trastorno mental grave y cómo ello influye en su desempeño ocupacional.

Los datos recogidos en este estudio serán confidenciales, sólo tendrán acceso a ellos las investigadoras y una vez analizados serán destruidos en base a las leyes orgánicas 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la ley gallega 3/2001 del 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente.

Tiene derecho a retirarse en el transcurso del estudio, sin tener que justificar este hecho y sin que ello conlleve ningún perjuicio.

Yo.....,
tras haber recibido toda la información y haber realizado las preguntas necesarias acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma y fecha (El Investigador)

Firma y fecha (El Participante)

APÉNDICE V: HOJA INFORMATIVA PARTICIPANTE.

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se llevará a cabo en la asociación a la que usted acude con la correspondiente aprobación de la dirección.

El estudio será realizado por la alumna Silvia Barbeito Torrente para la asignatura de proyecto de fin de grado.

En caso de que decida participar debe de leer atentamente este documento y hacer todas las preguntas que considere necesarias sobre el mismo. Puede consultar esta decisión con otras personas y tomarse el tiempo que necesite para ello.

El estudio que se va a realizar es: "Salud mental y apoyo familiar: exploración de la percepción de personas usuarias de un centro de rehabilitación psicosocial", este estudio tiene como objetivo principal conocer la percepción subjetiva de las personas con trastorno mental grave que acuden a un CRPL de la provincia de la Coruña sobre si el apoyo familiar que ellos reciben facilita su desempeño ocupacional.

Su participación consistirá en responder una entrevista semiestructurada, en la que responderá a unas preguntas añadiendo lo que usted vea necesario.

No se conoce ningún riesgo asociado a la realización de dicho estudio.

Se grabarán en audio las entrevistas para una mejor interpretación de los datos y sólo serán escuchadas por la investigadora. Una vez analizada la información dichas grabaciones de audio serán eliminadas. Una vez terminado el estudio podrá ser divulgado en el ámbito científico.

Se asegura en todo momento el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos conforme a lo dispuesto en la ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la ley gallega 3/2001 del 28 de mayo reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica del paciente.

Si usted acepta participar en el estudio en cualquier momento podría abandonarlo si lo necesitara y en ningún momento será penalizado.

En el momento en el que le surja alguna duda puede ponerse en contacto con la investigadora en el teléfono xxx xx xx xx.

Muchas gracias por su atención.

Firma investigadora:

A Coruña, _____ de _____ de 20____.

APÉNDICE VI: ENTREVISTA A PARTICIPANTES.

1. ¿Cómo era la relación con su familia antes de iniciarse su problema de salud? ¿Considera que ha cambiado? ¿En qué aspectos?
2. ¿Qué aspectos del apoyo familiar que recibe le resultan positivos (es decir, le ayudan en su vida) y cuáles le resultan negativos (los que pueden entorpecer su vida)?
3. ¿Cómo era su participación en la comunidad (barrio, vecindad, trabajo, colegio) antes? ¿Y ahora?
4. ¿En qué aspectos cree que el apoyo de su familia influye en su recuperación?
5. ¿Han cambiado sus relaciones con amigos, familia o comunidad?
6. Para finalizar, ¿considera importante que la gente conozca esta información?

APÉNDICE VII: ENTREVISTA A TRABAJADORES DEL CENTRO.

1. ¿Cómo describiría el apoyo familiar de los usuarios?
2. ¿Cuáles son los principales obstáculos con que se encuentra el usuario en su funcionamiento diario?
3. ¿Qué facilitadores y qué barreras observa en el apoyo familiar de los usuarios?
4. ¿Cómo influye la red social del usuario en su recuperación?
5. ¿En qué medida considera que el apoyo familiar y del entorno del usuario influyen en su recuperación?
6. ¿Puede describirme la intervención que realiza el equipo a este nivel?
7. ¿Considera importante la realización de estudios como éste y la difusión de sus resultados, para mejorar la información a los usuarios y su entorno?