

PERCEPCIONES ACERCA DE SU RED SOCIAL Y PARTICIPACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE PSICOSIS CON MENOS DE CINCO AÑOS DE EVOLUCIÓN (desde una perspectiva cualitativa)

PERCEPTIONS ABOUT YOUR SOCIAL NETWORK AND PARTICIPATION IN COMMUNITY ACTIVITIES OF PSYCHOSIS PEOPLE DIAGNOSED WITH LESS THAN FIVE YEARS OF EVOLUTION (from a quality perspective)

MeSH: Psychotic Disorders, Social network, Consumer Participation, Occupational Therapy, Recovery
DeCS: Trastorno psicótico, Red social, Participación comunitaria, Terapia Ocupacional, Recuperación.



Autores:

Dña. Carmen Heredia Pareja.
Terapeuta Ocupacional.
solomillo_ajierro@hotmail.com

D. Carlos Aguilera Serrano.
Enfermero especialista en Salud Mental.
c_aguiler2@hotmail.com

Como citar este documento:

Heredia Pareja C, Aguilera Serrano C. Percepciones acerca de su red social y participación 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 [fecha de la consulta]; 10(17): [29 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original4.pdf>

Texto recibido: 24/12/2012
Texto aceptado: 03/05/2013

Introducción

La prevalencia a lo largo de la vida de padecer psicosis es del 3% en la población general. Generalmente este trastorno aparece en fases tempranas de la vida coincidiendo con el inicio de actividades familiares, sociales, educativas y laborales. Un primer episodio evoluciona de forma muy heterogénea puesto que un tercio tiene una evolución muy tórpida, entre un 15-35 % sufren una recaída al año y el 80% en cinco años (1). Dichos datos ponen de manifiesto la problemática en la evolución de dichos trastornos y la importancia de realizar intervenciones tempranas en este perfil de población.

Estudios previos han demostrado que aquellas personas que no recibían un tratamiento rápido e intervención temprana, tenían una respuesta al tratamiento peor que aquellos que sí

RESUMEN

Estudio descriptivo cualitativo para conocer las percepciones de personas diagnosticadas de psicosis con menos de cinco años de evolución acerca de su red social y su participación de actividades en la comunidad. Tal y como aboga el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional los Terapeutas Ocupacionales trabajan con los clientes a través de actividades y ocupaciones significativas como medio de intervención para prevenir y/o minimizar la disfunción ocupacional. Conocer las percepciones de estas personas puede ayudar aún más a crear intervenciones y programas de Terapia Ocupacional dirigidos a potenciar dichas áreas. Participantes y métodos: muestreo intencionado formado por siete participantes con un diagnóstico de psicosis. Usuarios que acuden al Hospital de Día de Salud Mental El Cónsul de Málaga. La recolección de datos se llevó a cabo a través de entrevistas semiestructuradas. Resultados y conclusiones: los participantes muestran no sentirse satisfechos con su actual red social de amigos y con su participación de actividades en la comunidad. Consideran ambas áreas aspectos fundamentales a abordar en su proceso de recuperación. Los resultados obtenidos justifican la importancia de trabajar durante la intervención de Terapia Ocupacional en el área de participación social ya que ésta puede ser una herramienta muy valiosa para ampliar la red social de estos jóvenes.

SUMMARY

Qualitative descriptive study was to understand the perceptions of people diagnosed with psychosis with less than five years of evolution on their social network and their involvement in community activities. As the Framework calls for the practice of Occupational Therapy Occupational therapists work with clients through meaningful occupations and activities as a means of intervention to prevent and / or minimize occupational dysfunction. Knowing the perceptions of these people can further help create interventions and occupational therapy programs aimed at enhancing such areas. Participants and methods: purposive sampling of seven participants with a diagnosis of psychosis. Members attending the Day Hospital Mental Health Consul in Malaga. Data collection was conducted through semi-structured interviews. Results and conclusions: participants show not satisfied with their current social network of friends and their involvement in community activities. They consider both areas to address key issues in their recovery process. The results justify the importance of working for the occupational therapy intervention in the area of social participation because it can be a valuable tool to expand the social network of these youth.

iniciaron el tratamiento en el momento correspondiente. Los datos parecen indicar que los retrasos en la instauración del tratamiento tienen consecuencias importantes en la evolución a medio y largo plazo: aumenta la resistencia a admitir y mantener el tratamiento, peor pronóstico, recuperación más lenta y menos completa, aumenta el riesgo de suicidio y depresión, peor desarrollo psicosocial, pérdida de apoyo familiar y social, abandono de estudios y trabajo, ingesta de tóxicos, hospitalizaciones innecesarias, incremento de las relaciones violentas, pérdida de autoestima y confianza, etc. (2-6).

Las dos líneas fundamentales de actuación ante la psicosis son la prevención de la aparición de un brote psicótico (identificación de jóvenes de alto riesgo y con clínica significativa ante la presencia de pródromos) e intervención una vez aparecida la primera crisis psicótica. Es en esta segunda fase donde centraremos el estudio (tras la presencia del primer episodio psicótico) puesto que hay estudios que manifiestan que los cinco primeros años son críticos tras el inicio de la psicosis, fase definida como periodo crítico. Avalando por lo tanto una intervención óptima en dicha fase (7). La evidencia ha demostrado que la capacidad para que el tratamiento modifique el curso de la psicosis depende en gran medida de lo precoz que sea su aplicación (8).

El impacto de un primer episodio psicótico tiene consecuencias que van mucho más allá de los aspectos sintomáticos. Ante un primer episodio se interrumpe la vida de la persona quedando paralizadas muchas de las áreas y roles (actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales, actividades de ocio y tiempo libre, rol de profesional, rol de estudiante, rol de amigo, rol de pareja, etc) produciéndose un desequilibrio ocupacional en su desempeño. La persona puede experimentar una de estas tres situaciones: desbalance ocupacional (falta de equilibrio entre las áreas de desempeño), privación ocupacional (limitaciones que impiden que la persona disfrute de la actividad) o desequilibrio ocupacional (falta de satisfacción de una actividad).

A lo largo de la enfermedad, la persona debe enfrentarse a diferentes etapas de adaptación que podría formar parte de un proceso de duelo (9). En este sentido la Terapia Ocupacional es una herramienta de gran utilidad para ayudar a la persona con discapacidad a reconstruir su propia identidad, competencia y adaptación ocupacional a través de la participación ocupacional continuada (10).

Relacionando todo lo anterior con nuestro estudio, es necesario recoger que la experiencia de lo social está dada por la red a la que se pertenezca. La red social construye y delimita tanto nuestro mundo como las conductas sociales. El ambiente en el que nos movemos facilita o inhibe el desarrollo y el intercambio de recursos. A las redes sociales se le han atribuido efectos de gran relevancia para la salud psíquica de los individuos como: participar en la satisfacción de las necesidades de afiliación y pertenencia, mantenimiento y mejora de la identidad y autoestima, contrarrestar los sentimientos de soledad y abandono. La presencia de familiares como de miembros de la comunidad aumenta la posibilidad de obtener nuevas soluciones, así como ayuda a la implantación de éstas. Se parte de la base que las patologías no siguen sólo un desarrollo interno sino que también se ven influidas por las relaciones interpersonales que

establece cada persona. La activación de las redes favorece la reorientación de intereses, además de la creación y desarrollo de nuevas motivaciones (11).

En este sentido, las ocupaciones que desempeñamos en nuestro día a día (a nivel laboral, a nivel académico, a nivel de ocio y tiempo libre) determinan en gran medida las relaciones sociales que tenemos y por consiguiente constituyen la red social de apoyo de la persona. Uno de los criterios fundamentales para que se dé la integración social de la persona con enfermedad mental es que participe en actividades de la comunidad y establezca y mantenga una red social de apoyo normalizada. Sin embargo muchas de las personas diagnosticadas de psicosis ven limitadas sus actividades cotidianas a un contexto institucionalizado y poco normalizado lo que influye tanto en la cantidad como en las características de las relaciones sociales establecidas.

Tal y como recoge Troncoso et al (1996) en Redes Sociales, Salud Mental y Esquizofrenia, a lo largo de los años son muchos los estudios que coinciden en que las redes sociales de personas con esquizofrenia suelen ser más restringidas que las de los no psicóticos. Suelen reducirse, una vez aparecida la enfermedad, estando altamente interconectadas alrededor de los parientes implicando un mayor grado de dependencia (11).

El estudio llevado a cabo por Macdonald, Hayes & Baglioni (2000) en relación a la cantidad y calidad de las relaciones sociales de veintiséis jóvenes con psicosis temprana en comparación con veintiséis personas de su edad sin enfermedad mental pone de manifiesto como la red social de dichas personas con enfermedad mental es menor que su grupo de iguales, apoyando investigaciones futuras que evalúen el tipo de apoyo social más beneficioso para dichas personas y el desarrollo de estrategias para mantener y facilitar dicho apoyo (12).

Tanto en el estudio de Macdonald et al. (2000) como en el de Howard, L., Leese, M. & Thornicroft, G. (2001) se especifica como existe evidencia entre el

tamaño de la red social, el número de interacciones activas y el resultado funcional de la persona. Extrayendo como conclusiones la relación entre redes sociales y funcionamiento ocupacional. En ambos estudios se recoge cómo el funcionamiento de los pacientes puede mejorar con intervenciones que mejoren las redes sociales. (12, 13).

A nivel español el estudio llevado a cabo por Francisco Martínez y su equipo (2000) concluye cómo cuanto más joven es la persona con enfermedad mental mayor es el número de personas que componen su red y cómo a mayor gravedad psicopatológica hay un menor número de personas en su red social (14).

Evert, H., Harvey, C., Trauer, T. & Herrman H. (2003) en su estudio llevado a cabo en Australia con 908 individuos (la gran mayoría con diagnóstico de esquizofrenia) recogen de nuevo una fuerte asociación entre integración social (contacto con familiares y amigos) y funcionamiento (tener empleo y no tener dificultades en el autocuidado). Estableciendo que la presencia de familiares y amigos se asocia a un mejor cuidado de sí mismo y a un aumento de la actividad laboral. Por lo que indican que las intervenciones que se dirijan a mejorar las relaciones sociales es probable que tengan un impacto positivo tanto en el autocuidado como en la actividad laboral de la persona diagnosticada de esquizofrenia (15).

Los resultados del estudio de Eklund, M. (2006) Factores laborales y características de la red social en personas con enfermedad mental persistente, sugieren que los Terapeutas Ocupacionales deben centrar su atención en la participación de los usuarios en una red social de apoyo, ya que esto puede estar relacionado con las ocupaciones valoradas y satisfactorias de los mismos (16).

Eklund, M. & Hansson, L. (2007) investigaron la importancia de los factores sociodemográficos, clínicos y autopercepción de la salud en relación con los factores de interacción social de 103 individuos (principalmente diagnosticados de psicosis). Se estableció que tal y como se sabe que una mejor calidad de vida puede conducir a una mayor interacción social, una red social más desarrollada promueve una mejor calidad de vida. Avalando las intervenciones basadas en el cuidado de la salud mental en las que se trabaje la interacción social (17).

Además de la intervención basada en el tratamiento sintomático y el cultivo de la visión de la enfermedad, otras estrategias importantes que se pueden englobar dentro de la intervención de Terapia Ocupacional tal y como se indica en el estudio de Poon (2010), para la consecución de una función productiva, son la capacitación en el hábito del trabajo así como el fomento de las relaciones sociales (18). Macdonald (1998) especifica que las personas con psicosis que tienen una mayor sensación de autoeficacia y apoyo social percibido así como que cuenten con estrategias de afrontamiento suelen estar más predispuestas a lidiar con factores estresantes del día a día (19).

El estudio llevado a cabo en 2007 por McCay, E., Beaulands, H., Zipursky, R. & Roil, P. explica como el proporcionar a las personas con esquizofrenia oportunidades para mejorar el contacto social en un programa de pares basado en la comunidad de apoyo reduce significativamente el aislamiento social, mejora el funcionamiento general, disminuye los reingresos hospitalarios así como reduce los déficits sociales (20).

A pesar de que las relaciones sociales se han estudiado en relación a personas jóvenes con diagnóstico de psicosis, poco se ha indagado acerca de sus experiencias sociales personales. En este sentido se debe mencionar el estudio llevado a cabo Macdonald, E., Saner, K., Howie, L. & Albiston, D. en 2005 en donde exploran qué pasa con las relaciones sociales en la psicosis temprana. Los resultados ponen de manifiesto cómo los jóvenes que participan en este

estudio describen y relatan que no mantienen el contacto con sus antiguos amigos, que quieren dejar atrás los estilos de vida nocivos y actividades insanas del pasado y que aún perciben actitudes de rechazo hacia ellos (21).

En nuestro estudio se pretende incorporar los principios del Marco de la Recuperación ya que se coloca a estas personas diagnosticadas de psicosis como "expertos de sus experiencias" y a través de su experiencia subjetiva conocer de primera mano sus opiniones, impresiones y necesidades acerca de la temática de estudio.

El objetivo principal de dicho estudio es conocer las percepciones en relación a su red social y su participación de actividades en la comunidad de personas diagnosticadas de psicosis con menos de cinco años de evolución.

Los objetivos específicos son:

- Conocer con qué red social cuentan tras la identificación del diagnóstico, observando si existen diferencias notables con respecto a su red previa (anterior al inicio de la enfermedad mental).
- Entender en qué tipo de actividades en la comunidad participan y cuáles es su nivel de participación. Conocer si existen cambios en la participación con respecto a la etapa anterior del diagnóstico de la enfermedad.
- Saber qué importancia le dan dichas personas a la red social y a la participación de actividades en la comunidad en su proceso de recuperación.

Metodología

- Tipo de estudio

Se ha realizado desde una perspectiva cualitativa, utilizando un enfoque centrado en el cliente y fenomenológico (ya que tiene como propósito entender el significado de sus experiencias y vivencias en relación a su red social y participación de actividades en la comunidad para las personas estudiadas) y retrospectivo (indagando fundamentalmente en experiencias pasadas y presentes que nos ayuden a documentar el fenómeno de estudio).

- Muestra

Muestreo intencionado llevado a cabo por un único investigador basándose en los criterios de inclusión: diagnóstico de psicosis según DSM-IV con menos de cinco años de evolución tras el diagnóstico del mismo, tener una edad comprendida entre los 18 y los 35 años, acudir a tratamiento actual al Hospital de Día, estar estabilizado psicopatológicamente, capaz de dar el consentimiento informado, no hacer uso de consumo de tóxicos, no poseer otras patologías asociadas.

La muestra de estudio estuvo formada por siete personas (cinco hombres y dos mujeres) atendidas en el Hospital de Día de Salud Mental *El Cónsul*, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Dicho hospital está especializado en atender a personas con primeros episodios psicóticos y personas con psicosis en los primeros cinco años de evolución que tengan mal pronóstico y necesiten de un tratamiento intensivo y estructurado. Las edades de los participantes están comprendidas entre los 22 y 30 años. Todos a excepción de un participante (independizado recientemente con su pareja) viven en el domicilio familiar. Cuatro de ellos cuentan con graduado escolar, dos tienen estudios universitarios y uno que no ha obtenido aún el graduado escolar. Todos los participantes son dependientes de sus familias en cuanto a situación financiera. En todos los casos cuentan con un diagnóstico de psicosis con menos de cinco

años de evolución, de media llevan acudiendo a los programas psicosociales del Hospital de Día desde hace más de año y medio. (Anexo 1: Características sociodemográficas de los participantes).

- Recogida de información

Para indagar y comprender la red social y participación de actividades en la comunidad de dichas personas se ha empleado en primer lugar una entrevista semiestructurada. Dichas entrevistas fueron grabadas en audio, realizándose de manera individualizada oscilando entre 45 minutos y una hora de duración. Los participantes se mostraron cómodos con el entrevistador debido a las interacciones anteriores de éste con los siete integrantes del estudio en el contexto clínico ocupacional. Esto permitió una mayor profundidad en la exploración. La información se completó con la obtención de determinados datos que se recogieron de las historias clínicas, llevándose a cabo un análisis documental y favoreciendo en todo momento la triangulación de datos.

- Análisis de datos

Las entrevistas se llevaron a cabo siguiendo un guión preestablecido con un enfoque deductivo (de lo general a lo particular). Los datos grabados en audio fueron transcritos textualmente, la interpretación de datos se llevó a cabo por parte de un único investigador rigiéndose por las fases expuestas en el proceso de codificación de Taylor- Bogdan: desarrollar categorías de codificación, codificar los datos, separar los datos, revisar los datos sobrantes y refinar el análisis.

Resultados

A partir de los datos obtenidos en las entrevistas semiestructuradas se han configurado dos categorías (red social y participación de actividades en la comunidad) cada una de ellas con sus respectivos temas a analizar:

- Cambios con respecto a antes del diagnóstico de la enfermedad y ahora.
- Nivel de satisfacción que experimentan.
- Limitaciones u obstáculos que encuentran en el camino.
- Relación con su proceso de recuperación.

En esta sección se describe la variedad de respuestas de los informantes en cada uno de las categorías y temas identificados. Las citas de los participantes en el estudio se presentan en letra cursiva para que así se pueda comparar la relevancia de los resultados a sus propias experiencias personales y clínicas.

A) RED SOCIAL:

CAMBIOS EN LA RED SOCIAL CON RESPECTO A ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y AHORA.

- Cambios en la red familiar.

Tres de los participantes manifiestan que la relación con las familias ha mejorado tras el diagnóstico de la enfermedad con respecto al pasado. En general, argumentan que ahora la familia se muestra más comprensiva con ellos. Dos de los informantes indican cómo han notado pequeños cambios actitudinales en los padres. Un ejemplo de ello es el discurso del participante seis:

Ahora hay mayor atención sobre mí y cierta vigilancia sobre lo que hago y no hago, con quien salgo y a qué hora vuelvo, si me tomo la medicación o no...tienen miedo a que me dé otro brote.

Los informantes también reflexionan acerca de la actitud de ellos con la familia, cinco de ellos observan cómo se ven más cariñosos, más cercanos y

menos evitativos que antes. Queda reflejado en el discurso del informante número uno:

La relación con mi hermana y mi madre ha cambiado a raíz de que me puse enferma. Antes no era una relación tan buena como la de ahora. Antes yo era mu mía, mu encerrá en mí misma... no contaba nada. Ahora me gusta estar más arrimada a ellas, darle besos y abrazos... ¡que yo eso nunca! Yo no me gustaba darle un beso a nadie, ni arrimarme a mi madre, y siempre estaba como enfadá y no tenía palabras buenas para nadie... ahora les cuento más las cosas...ahora soy más abierta.

- Cambios en la red amigos.

Los siete participantes argumentan haber notado cambios en la red de amigos con respecto a la etapa precedente a la enfermedad. La gran mayoría coinciden en que antes de la enfermedad tenían su propio grupo de amigos y que a raíz de la enfermedad pierden a la gran mayoría de ellos y por lo tanto el contacto con éstos. Algunos testimonios que reflejan lo anterior son:

Informante número dos: *Yo antes tenía mis amigos y mi pareja y los perdí al ponerme enferma. Con la enfermedad me quedé sin amigos y sin novio y ya no tenía nada.*

Tan sólo uno de los entrevistados comenta que ha conseguido conservar parte del grupo de amigos anterior, los ve con una frecuencia de una vez por semana.

De los testimonios de los participantes se puede abordar varios subtemas que se repiten en muchas de las respuestas en relación a los cambios en la amistad:

- Durante la enfermedad se muestran aislados.

Tanto en los informantes número uno, dos, cuatro y cinco aparecen comentarios que reflejan como en el periodo de la enfermedad y meses después evitaban estar con gente, se refugiaban en casa, no querían hablar con nadie de sus amigos, reservándose lo que le estaba sucediendo para ellos, etc.

Informante número cinco: *Yo tuve una época en que me encerré en mí mismo y no quería saber nada de nadie, y a parte teniendo la enfermedad yo creo que empeoré mucho. Yo creía que no podía confiar en nadie, que la gente era más mala que buena...estuve así durante meses.*

- De manera consciente abandonan a antiguos amigos para evitar el consumo de tóxicos.

Tres de los integrantes del estudio admiten que las anteriores amistades no eran sanas y que con ellos se movían en ambientes de consumo. En la actualidad son conscientes que esto no les beneficia, queda reflejado en el informante seis:

A mí, no me afecta personalmente este cambio, para mí estas amistades no me venían bien porque no eran sanas y por ejemplo consumen tóxicos. No echo de menos esas amistades, no me interesan personalmente y no me aportan.

- Dejan de calificar a antiguas amistades como amigos y los califican como "conocidos". Algunos informantes muestran su "decepción" ante la reacción que tuvieron algunos amigos al enterarse de su enfermedad. Argumentan que esto les demostró que quizás no eran tan amigos como ellos pensaban. Queda reflejado en el participante número tres:

Quizás mi grupo de amigos anteriores no eran amigos de verdad y tan sólo eran conocidos.

- Observan cómo sus anteriores amigos forman sus vidas y cómo ellos se encuentran en otra etapa con respecto a ellos.

En los discursos de cinco de ellos se evidencia cierta "nostalgia" al compararse con amigos de la infancia, del colegio o con su anterior grupo de amigos. Son conscientes que se encuentran en etapas diferentes de la vida y esto hace que

su rutina, hábitos y actividades sean distintas a la de ellos. Esto conlleva el no verlos y por lo tanto no pasar tiempo con éstos.

Informante número dos: *Luego está una de mis anteriores mejores amigas, hace años que no la veo, pero ella... se casó y me da cosa de ir a verla. Si yo quisiera podríamos pasar un día juntas pero es que la verdad es que me da cosilla. Ella está casada, tiene su familia y encontrar el día apropiado pues...*

- El Hospital de día les ha dado la oportunidad de formar una nueva red de amigos y valoran positivamente el lazo de unión creado.

Todos ellos reconocen que un aspecto muy positivo de acudir al Hospital de Día es conocer a nueva gente y construir, de nuevo, otra red de amigos. Los siete componentes del estudio, nombran a los compañeros del Hospital como un pilar fundamental en su red social actual. Admiten sentirse entre ellos a gusto, se identifican unos con otros, se aportan momentos y experiencias nuevas, se dan apoyo unos a otros... Queda reflejado en muchos de los comentarios de los participantes:

Informante número seis: *Entre nosotros hablamos de la enfermedad y ellos te dan su punto de vista.*

Informante número uno: *Los compañeros del Hospital de Día tienen mi edad, tienen la misma enfermedad que yo, los mismos problemas que yo y lo están pasando como yo... ¡eso te anima!*

Se observa como todos (sin excepción), al nombrar quien forma su actual red social, introducen a los compañeros del Hospital de Día. Llegando incluso a comentar que muchas de las actividades que llevan a cabo semanalmente, fuera del Hospital, las realizan con ellos. En algún informante se puede vislumbrar cierta tristeza haciendo referencia al momento en que le den el alta ya que no sabe si seguirá en contacto con las amistades creadas.

Informante número cuatro: *Espero no perder el contacto con los compañeros una vez que me den el alta. ¡No quiero encerrarme en mí mismo de nuevo!*

Informante número dos: *Mi red social la forman mi familia, mi pareja, la familia de mi novio y los compañeros del hospital de día.*

Es de destacar que dos de los participantes han encontrado pareja dentro de la nueva red social construida entre compañeros del Hospital de Día. Para ellos este apoyo también ha sido muy positivo en su recuperación tal y como explica el participante número seis:

A mí mi pareja me ha venido muy bien. Yo no sé sin pareja cómo hubiese afrontado la enfermedad... no es solo pareja sino amiga. Me aporta compañía y el tener siempre al lado a alguien, tener un persona en quien confiar, amor tanto que tú le des como ella te dé, nosotros hablamos en ocasiones de la enfermedad y nos apoyamos...

SATISFACCIÓN CON LA ACTUAL RED SOCIAL.

Es de destacar que todos los participantes a excepción de uno están satisfechos, hoy por hoy, con la red y relación de sus familias (el informante número siete manifiesta que no está del todo satisfecho ya que desde siempre en su hogar han tenido problemas de convivencia entre los miembros de la misma). Prácticamente todos argumentan aspectos positivos y de satisfacción en relación a sus familias.

Informante número tres: *Mi familia siempre está ahí cuando la necesito.*

Informante número cuatro: *A nivel familiar sí me encuentro satisfecho. Mis padres me tratan bien... se portan bien conmigo...me apoyan... me dan dinero cuando lo necesito.*

Sin embargo se observa que ninguno de ellos se encuentra plenamente satisfecho con su red de amigos. Prácticamente todos coinciden en que les gustaría tener más amigos y por lo tanto contar con una red de amigos más amplia.

Participante número cuatro: *No estoy satisfecho con mi actual red de amigos. Me gustaría tener más amistades... necesitaría tener una novia... me gustaría tenerla...y más amigos para salir y entrar.*

Al preguntarles acerca de los sentimientos y emociones que experimentan cuando están con gente que les agrada estar los calificativos más usados son: me encuentro bien, con mucha felicidad, a gusto conmigo mismo, alegre, tranquilo, etc.

Informante número dos: *Cuando estoy con gente que me gusta estar estoy tranquila, segura y al sentirme más tranquila pues puedo hablar de temas más personales. Por ejemplo cuando llega la hora del descanso en el hospital yo me siento bien porque hablamos de cosas que tenemos en común y eso.*

Informante número seis: *Me siento bien y eso hace que se me olvide lo malo. Me gusta que pase el tiempo así, porque se me pasa el tiempo rápido. Los pensamientos me salen fáciles y hace que esté a gusto. Por ejemplo el fin de semana pasado que estuve con toda mi familia celebrando el cumpleaños de mi hermano. Me sentí cómodo...*

LIMITACIONES QUE ENCUENTRAN AL RELACIONARSE

Muchos de los entrevistados muestran que son concedores de que las relaciones sociales son beneficiosas y positivas para todas las personas, queda muy bien argumentado por el participante número siete:

Las relaciones sociales son el 85% de una persona. Estamos hechos para relacionarnos, es para lo que servimos... en cualquier persona esté enferma o no... las relaciones sociales son fundamentales.

A pesar de ello, muchos, manifiestan encontrarse con una serie de obstáculos y limitaciones a la hora de interactuar con los demás. Entre las limitaciones más nombradas por ellos se encuentran: se sienten inseguros, tienen dificultad para iniciar y mantener las conversaciones, se sienten inferiores a los demás,

les da miedo mostrar su opinión, sienten apuro o reparo ante determinados temas, etc.

Participante número uno: *Al estar enferma yo creo que... tengo más reparo... a la hora de acercarme a la gente. Porque prefiero estar con mi madre, estoy más segura con ella. A la hora de arrimarme a ellos me entra más inseguridad... Tengo miedo todavía... miedo a estar sin mi madre... inseguridad porque me he puesto más gordita.*

Participante número seis: *Lo que pasa es que yo no sé qué hablar... cuando ellos te cuentan su vida... y luego tú le cuentas la tuya... yo me quedo sin tema de conversación... no le vas a dar tú explicaciones de tu vida y de lo que te ha pasado en este tiempo. A veces me cuesta tener conversaciones, porque cuando salen determinados temas no sabes que contestar y te cuesta trabajo mantenerla, porque no sabes que puedes o debes comentarle o cómo salir de determinadas preguntas. Por ejemplo cuando me preguntan a que me dedico y qué hago si estudio o trabajo pues ellos no saben que estoy cobrando una paga y cuando te preguntan... son temas complicados.*

Participante número cuatro: *Yo soy muy reservado, no tengo muchos amigos para compartir conversaciones. Cuando me preguntan qué haces en la vida... me da apuro decirles lo que pasa... que voy a decirles yo... si estoy en tratamiento psicológico... me da vergüenza... a veces no sé qué decir ni que hablar.*

RECUPERACIÓN Y APOYO SOCIAL.

Todos le dan una mayor importancia al apoyo familiar en su proceso de recuperación en relación con el apoyo de los amigos. El informante número cuatro argumenta que si su familia le apoya, él seguirá hacia adelante. Otra muestra de discurso similar es el del informante número cinco llegando a afirmar que sin el apoyo de la familia él decaería mucho. El informante número seis deja constancia que su familia son los que le conocen, son los que han

vivido los momentos más difíciles con él y los que saben lo que necesita en cada momento.

La informante número dos argumenta: *Yo le doy más importancia al apoyo de mi familia. Son los que siempre están contigo. Los amigos vienen y se van...*

Aún así, cuatro de ellos creen que además del apoyo familiar también es de sumo valor en el proceso de recuperación el contar con el apoyo de los amigos.

Participante número siete: *Es muy importante a parte de la familia, tener otra vida... necesitas salir de tu casa. Los amigos te pueden aportar motivación, energía positiva, autoestima... son una parte fundamental.*

Participante número tres: *Para mí el contar con el apoyo de los amigos es muy importante. Yo antes estaba en la cama, sin hacer nada... te hundes más, coges depresión... Cuando te relacionas es como si la mente estuviera mejor...*

B) PARTICIPACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD:

CAMBIOS EN LA PARTICIPACIÓN DE LAS ACTIVIDADES CON RESPECTO A ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y AHORA

Todos los entrevistados observan cambios en la participación de las actividades en relación a antes de tener la enfermedad mental y ahora. Las respuestas más utilizadas por la gran mayoría de los participantes son que antes eran más independientes a la hora de realizarlas, eran más participativos y activos y que se sentían más vivos mientras las realizaban.

Informante número uno: *Yo antes era más independiente y ahora soy más dependiente. Antes cuando tenía novio salía y realizaba más actividades.*

Informante número tres: *Quizás antes participaba más, sobre todo en frecuencia.*

Informante número seis: *Yo antes era más activo, era más vivo... ahora estoy más dormido. La enfermedad me ha hecho más vago.*

SATISFACCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA COMUNIDAD

Tan sólo uno de los informantes se encuentra satisfecho con las actividades que realiza en la actualidad. El resto coinciden en que les gustaría hacer más actividades de las que realizan. El informante número siete argumenta que le gustaría y debería hacer más ya que no se encuentra satisfecho con lo que hace. Manifiesta abiertamente que tan sólo hace lo que le pide el cuerpo. El informante número seis comenta que le gustaría hacer más, actualmente se siente algo inútil y que está impaciente por hacer nuevas cosas y vivir cambios. Las actividades en la comunidad que más realizan los entrevistados son asistir a cursos del ayuntamiento de Málaga (el de más asistencia es el de informática), entrenar al fútbol una vez en semana (con una asociación malagueña de familiares de personas con enfermedad mental), salir a tomar un refresco o pasear con compañeros del hospital los fines de semana y dos de los participantes asisten regularmente a clases formativas (curso de FPO y clases universitarias).

Al preguntarles cómo se animaron a participar de dichas actividades, tres de los informantes contestan que fueron ellos mismos los que querían mejorar su tiempo de ocio por las tardes y fines de semana y los que se animaron a buscar determinadas actividades que les motivasen. Por otro lado, cuatro de los informantes comentan que empezaron a participar en dichas actividades a raíz del apoyo de los profesionales del Hospital de día (los cuatro nombran a la Terapeuta Ocupacional como principal motivadora para animarse a la realización de las mismas).

Ante la pregunta de si el participar en estas actividades ha hecho que conozcan a nueva gente, todos afirman positivamente. Algo común en sus respuestas es que han conocido a gente pero no han llegado a intimar con ellos. Considerándoles compañeros pero no amigos.

Cuando se les pregunta qué significa para ellos participar de actividades en la comunidad se expresan argumentando que lo viven como una oportunidad, un progreso y crecimiento personal, un avance, etc.

Informante número cinco: *Para mí el participar en actividades de la comunidad es muy importante. Yo por ejemplo acudo a clases de informático, juego al fútbol con compañeros y juego en algunas ocasiones con mi padre al pádel.*

Para mí... significa compartir... hay que hacer cosas en la vida... cosas realistas... y nuevas... que te sirvan para avanzar y no estar todo el tiempo sin hacer nada.

Informante número seis: *Hay que hacer algo en la vida, estos cambios te ayudan a progresar y avanzar...hay que hacer cosas para estar satisfecho con uno mismo.*

LIMITACIONES PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN LA COMUNIDAD.

Existen tres conceptos que se repiten en las entrevistas de los participantes ante las limitaciones u obstáculos que encuentran para llevar a cabo y participar de actividades en la comunidad: falta de voluntad, "vaguería" e inseguridad de sí mismos.

Informante número cinco: *Me limita la seguridad de mí mismo, no sabría si podría hacerlo y si saldría bien. Ahora con la enfermedad me siento más inseguro. Necesitaría mayor voluntad, yo tengo poca voluntad. Me encuentro a veces como vencido y derrotado. Me siento perdido y sin saber a dónde voy, y sin saber qué estoy haciendo. Sobre todo por las mañanas.*

Informante número siete: *Antes digamos que cumplía y ahora paso, ahora tengo que hacer algo y si no me apetece paso. Y esto no me gusta, luego me siento peor. Me gustaría tener más fuerza de voluntad y tirar más de mí mismo. Estoy un poco más acomodado y más vago, antes yo era más responsable.*

PARTICIPAR EN ACTIVIDADES Y RECUPERACIÓN

Todos los participantes consideran que el participar y formar parte de actividades es imprescindible en su proceso de recuperación de la enfermedad. Tal y como afirma el informante número dos al explicar que es importante el tener que hacer algo en la vida, el tener una misión y unos objetivos puesto que esto hace que nos sintamos más útiles y motivados.

Al preguntar a los informante sobre que sienten cuando participan en actividades que les motivan y les agradan argumentan que se sienten bien, alegres, disfrutan... En general sienten sensaciones positivas de que todo está bien, de qué progresan y están evolucionando en su recuperación.

Ante la pregunta de si les gustaría llevar a cabo y participar en actividades en la comunidad que actualmente no hagan, todas las respuestas son afirmativas. La gran mayoría de las respuestas están relacionadas con dos temas: realizar más ejercicio físico (natación, gimnasio...) y llevar a cabo actividades que signifiquen una reintegración académica o laboral.

Con respecto a la reintegración, llama la atención cómo dependiendo del momento personal, clínico y el nivel de recuperación en el que se encuentre cada uno de los entrevistados las respuestas varían. Tal es el caso de los informantes número uno, cuatro y cinco que se muestran más inseguros y menos preparados para llevar a cabo dichas actividades. Identifican miedo a fracasar y no ser capaces.

Informante número cinco: *Se me pasa por la cabeza... pero no me lo planteo en serio. Me limita mi inseguridad... Yo este año quería apuntarme a un ciclo de grado medio pero me noté que no estaba seguro...no sabría si en estos momentos podría hacerlo bien... No quiero lanzarme y estrellarme luego.*

No es el caso de los informante número dos, seis o siete. Consideran que antes no se veían capaces para abordar estas actividades y que no era el momento

adecuado para llevarlas a cabo, pero ahora sí sienten que están más seguros y preparados para hacerlas y participar de las mismas.

Informante número seis: *Antes tenía muy reciente lo de agudos y tenía muchos bloqueos... ahora si empiezo de nuevo en el instituto con el ciclo y me hacen preguntas pues sabré solventarlas de otra manera y el conocer a gente nueva no me supondrá tanto esfuerzo como antes. Para mí, el estudiar de nuevo... es normalizarme y socializarme. De donde yo vengo y lo que he pasado... es incorporarme a la sociedad con personas normales y estar en el instituto estudiando.*

Siendo o no el momento de cada uno de ellos de participar en un tipo de actividades u otras, en todos los entrevistados se aprecia querer luchar por tener un proyecto de vida futura. En donde el paso del tiempo y la evolución en el tratamiento y recuperación hagan que realicen actividades "normalizadas". Este discurso se evidencia principalmente en aquellos usuarios que se encuentran muy estabilizados psicopatológicamente y están en fase de recibir el alta en el Hospital de Día.

Informante número seis: *Pienso que todo es cuestión de tiempo... y que poco a poco vendrá la viveza que yo tenía antes... y realizaré actividades que formaban parte de mi día a día antes (correr, ayudar más en casa, ir al instituto, etc).*

Informante número dos: *Yo siempre he hecho muchas cosas... he trabajado... he estado en inglés... he estado en natación... siempre ha estado haciendo muchas cosas a la vez y ¿por qué voy a tener ahora problemas? Me gustaría plantearme y comenzar otra vez de nuevo, ahora que me siento mejor y con fuerza, el gimnasio y la escuela de idiomas.*

Discusión

El concepto de red social fue definido inicialmente por la Antropología (Barnes, 1954) considerando ésta como el conjunto de personas que se relacionan con un individuo, que forman vínculos sociales, que utilizan conjuntamente el tiempo y el espacio, que se gustan y se disgustan y que se prestan ayudas recíprocas (14). Destacar que los resultados de este estudio concuerdan con la anterior definición ya que los entrevistados utilizan en sus respuestas y por lo tanto en sus percepciones en relación a la red social argumentos y explicaciones de gran relación con la definición de red social. Es el caso de la importancia que para ellos tiene la creación de nuevas redes sociales en su proceso personal y en su recuperación. En concreto, la nueva red de amigos, formada por los compañeros del Hospital de Día. Los entrevistados encuentran en esta nueva red social gran satisfacción al relacionarse unos con los otros y compartir actividades conjuntas en un tiempo y en un contexto determinado. Admiten sentirse entre ellos a gusto, relajados e identificados por la etapa vivida, lo que desemboca en un apoyo mutuo de unos hacia los otros. Este estudio corrobora los beneficios que el apoyo de los compañeros puede tener en diferentes áreas y enfermedades (Kyrouz & Loomis, 2002; White, 2000). Destacar que el apoyo de los compañeros o también conocido como apoyo de pares se está convirtiendo en un pilar fundamental para una atención con calidad en la salud mental tal y como recoge el Marco de la Recuperación (22, 23).

Recalcar la relevancia que para este trabajo ha tenido conocer las conclusiones del estudio acerca de qué pasa en las relaciones sociales en la psicosis temprana llevado a cabo por Macdonald et al (2005). En ambas investigaciones se llega a similares conclusiones: los jóvenes con experiencias psicóticas han perdido sus anteriores amistades tras el diagnóstico de la enfermedad pero esta pérdida es compensada por la nueva red social creada por compañeros de la unidad de Salud Mental (jóvenes que han experimentado también psicosis), valoran positivamente el hacer y participar de actividades que son comunes a

otras personas de su edad, en la actualidad comparten generalmente dichas actividades con compañeros de la unidad de Salud Mental, muestran el deseo de querer dejar atrás tanto las actividades como los estilos de vida nocivos, aprecian en gran medida el apoyo recibido por parte de los familiares durante su proceso de recuperación. En definitiva, los relatos de estos jóvenes muestran como además de lidiar con las dificultades en relación a la enfermedad mental deben enfrentarse a las experiencias sociales y desafíos del desarrollo de la edad adulta (Zarrett y Eccles, 2006). La mayoría de los jóvenes durante la adolescencia, independientemente del diagnóstico de psicosis o no, experimentan: la ruptura de anteriores redes sociales, la creación de nuevas redes sociales a lo largo de la vida atendiendo a vivencias y experiencias compartidas, la toma de conciencia de que cada persona tiene un ritmo de vida y nos encontramos en diferentes etapas dependiendo de los roles, intereses, motivaciones, metas... de cada persona, el enfrentarse a determinadas limitaciones a la hora de interactuar con los demás, cambios en el tipo de actividades realizadas así como participación y frecuencia de las mismas, etc. En nuestro estudio se evidencia resultados que consideramos de gran importancia destacar por la relevancia que tienen en el proceso de recuperación de estos jóvenes estudiados. Son ellos mismos los que argumentan que actualmente (periodo de recuperación de la psicosis) se encuentran enormemente satisfechos con su red familiar. Sin embargo no ocurre lo mismo con su red de amigos (a la mayor parte de ellos le gustaría contar con una red de amigos más amplia) y con su nivel de participación de actividades en la comunidad. Así mismo, estos siete jóvenes consideran vital en su proceso de recuperación tanto la red social como la participación de actividades en la comunidad. La gran mayoría de los relatos de estos jóvenes son una prueba de que para ellos es importante contar con el apoyo social (familiar y amigos). Sus palabras nos indican que el participar de actividades en la comunidad significa para los mismos oportunidad, progreso, crecimiento personal y normalización. Entre las limitaciones más nombradas que encuentran a la hora de relacionarse con terceras personas son inseguridad, inferioridad con respecto a los demás,

miedo de mostrarse a otros, apuro y vergüenza al abordar determinados temas. Los principales obstáculos a los que tienen que hacer frente a la hora de participar en actividades en la comunidad son la vaguedad, la inseguridad de sí mismos y la falta de voluntad. Todo lo anterior justifica la importancia de trabajar desde Terapia Ocupacional ambos aspectos ya que la participación de actividades en la comunidad puede ser un vehículo que facilite, mantenga y amplíe la red social de dichos jóvenes. Tal y como recoge el estudio de Palma, C. et al (2007) el grado de motivación en la fase inicial del tratamiento de la psicosis será de vital importancia y trascendencia para un resultado positivo en la recuperación del mismo, ya que la motivación forma uno de los pilares fundamentales para el afrontamiento en la persona (24). Las narrativas de dicho estudio hacen vislumbrar como tanto la participación de actividades en la comunidad como el formar y tener una red social de apoyo son ocupaciones motivadoras para los clientes que se encuentran en los estadios iniciales de la psicosis. El contar con estas ocupaciones durante el proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional hace que los clientes se sumerjan en ellas con gran compromiso y perseverancia ya que dichas ocupaciones están impregnadas con significado positivo conectando los intereses (placer, disfrute), casualidad personal (desafío, indicación de su propia competencia) y valores (importancia en su recuperación). Y sean realizadas con regularidad durante un largo periodo de participación (10).

Tanto en nuestro estudio como en el estudio llevado a cabo por Zafran et al (2012) en relación a la experiencia académica en la reintegración de personas que han tenido un episodio psicótico queda patente el deseo y el intento de volver a estudiar tras el inicio de dicha enfermedad mental (25). Claramente se evidencia en los discursos de ambos estudios como estos jóvenes necesitan que la reintegración sea de manera lenta y pausada en el tiempo. Observamos como el participar de dichas actividades académicas requiere de una seguridad y confianza en sí mismo que los jóvenes que tienen psicosis irán adquiriendo a lo largo de su proceso de recuperación. Se observa en los resultados de nuestro

estudio como estos jóvenes quieren crear y formar un proyecto de vida futuro (académico, laboral, etc) más allá de la enfermedad mental.

Conclusiones

Desde este tipo de estudios cualitativos nos acercaremos aún más a la experiencia vivida por la persona con enfermedad mental. Dicho estudio pone de manifiesto las satisfacciones, limitaciones, cambios e importancia en su proceso de recuperación en relación a su red social y participación de actividades en la comunidad de personas jóvenes que han experimentado episodios psicóticos. Los resultados obtenidos evidencian que tanto la red social como la participación de actividades en la comunidad son elementos claves en el Tratamiento de Terapia Ocupacional para conseguir una buena evolución y pronóstico en el proceso de recuperación de la persona que ha tenido uno o varios episodios psicóticos. Saturación teórica no se ha logrado en dicho estudio, dado el pequeño tamaño de la muestra. Por lo que se exige cautela en cuanto a la generalización de conclusiones ya que son necesarios más estudios e investigaciones que nos aproximen a la experiencia vivida de la persona con enfermedad mental ya que sólo conociendo y posicionándonos en la vivencia del cliente conseguiremos acercarnos durante el tratamiento de Terapia Ocupacional a sus intereses, motivaciones, aspiraciones, limitaciones, retos... que harán posible que la recuperación se base en la esperanza, autocontrol y autodeterminación. Se espera que se siga investigando en la línea de los resultados encontrados apoyando así la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional en este perfil de población y en el área de participación de actividades en la comunidad para potenciar y ampliar la red social de personas que han sufrido un primer episodio psicótico. Este tipo de investigaciones son esenciales para elaborar estrategias que mejoren la intervención de Terapia Ocupacional con las personas que tienen enfermedad mental así como en definitiva para mejorar la calidad de vida en las etapas iniciales del diagnóstico de psicosis.

Bibliografía

- 1) Grupo de trabajo sobre Intervención Temprana en Psicosis del II PISMA. Detección e Intervención Temprana en Psicosis. Escuela Andaluza de Salud Pública: Servicio Andaluz de Salud; 2010.
- 2) Loebel A, Lieberman J. Duration of psychosis and outcome in First episodes of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1995; 149(90):1183-1188.
- 3) Helgason L. Twenty years' followup of First Psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 81:231-235.
- 4) Johnstone EC. The Northwick Park study of First episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admisión. *Br J Psychiatry*. 1986; 148:115-120.
- 5) Moscarelli M, Capri S, Neri L. Cost evaluation of chronic schizophrenia patients during the first three years after the first contact. *Schizophr Bull*. 1991; 17:421-426.
- 6) Lincoln CV, McGorry PD. Who cares? Pathways to Psychiatric care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv*. 1995; 46(11): 1166-1171.
- 7) Birchwood M. The critical period for early intervention. In: Bichwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (Eds). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions*. 2000; 28-63.
- 8) McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry*. 1999; 46: 899- 907.
- 9) Palma C, Ferrer M, Farriols N, Cebrià J. La intervención en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica. *An Psiquiatr*. 2006; 22 (6): 296-305.
- 10) Kielhofner G. *Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación*. 4ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2011.
- 11) Troncoso M, Álvarez C, Sepúlveda R. *Redes sociales, Salud Mental y Esquizofrenia. Una revisión del tema*. *Rev. Psiquiatr, (Chile)*. 1996; 12 (2): 67-73.
- 12) Macdonald EM, Hayes RL, Baglioni AJ Jr. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophr Res*. 2000; 46 (1): 25-30.
- 13) Howard L, Leese M, Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102(5): 376-385.
- 14) Martínez F, Ochoa S, Negredo MC, Casacuberta P, Paniego E. *Redes sociales de personas con esquizofrenia*. *Cuaderno de Trabajo Social*. 2000; 13:299-322.
- 15) Evert H, Harvey C, Trauer T, Herrman 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.
- 16) Eklund M. Occupational factors and characteristics of the social network in people with persistent mental illness. *Am J of occup Ther*. 2006; 60(5): 587-94.
- 17) Eklund M, Hansson L. Social network among people with persistent mental illness: associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *Int J Soc Psychiatry*. 2007; 53(4):293-305.
- 18) Poon MY, Siu AM, Ming SY. Outcome analysis of occupational therapy

- programme for persons with early psychosis. *Work*. 2010; 37(1): 65-70.
- 19) McDonald EM, Pica S, McDonald S, Hayes RL, Baglioni AJ Jr. Stress and coping in early psychosis. Role of symptoms, self-efficacy, and social support in coping with stress. *Br J Psychiatry*. 1998; 172(33): 122-127.
- 20) McCay E, Beanlands H, Zipursky R, Roil P et al. A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-J adv of Ment Health*. 2007; 212-220.
- 21) McDonald E, Sauer K, Howie L, Albiston D. What happens to social relationships in early psychosis? A phenomenological study of young people's experiences. *Ment Health J*. 2005; 14(2):129-143.
- 22) Grant EA, Daniels AS, Powell IG, Fricks L, Goodale L, Bergeson, S. Creation of the Pillars of Peer Support Services. *Transforming Mental Health Systems of Care. Int. j. psychosoc. rehabil.*. 2012; 16(2):20-27.
- 23) Shepherd G, Boardman J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad (edición en castellano). Servicio Andaluz de Salud: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2008.
- 24) Palma C, Farriols N, Cebriá J, Segura J. Las intervenciones motivacionales en el tratamiento psicoterapéutico de la fase inicial de la esquizofrenia. *Pap Psicol*. 2007; 28(2):127-135.
- 25) Zafran H, Tallant B, Gelinás I. A First-Person Exploration of the Experience of Academic Reintegration after first episode Psychosis. In *J. Psychosoc Rehabil*. 2012; 16(1): 27-43.

Agradecimientos

Mi agradecimiento especial a todos los participantes en este estudio por sus conocimientos, voluntad y testimonios que han hecho posible la elaboración del análisis. A todos los profesionales que trabajan en el Hospital de Día El Cónsul por hacerme accesible y facilitarme la recolección de datos así como las citas para las entrevistas con los usuarios de dicho Hospital. Mi agradecimiento también a la tutora de este proyecto, Carmen Garrido Manzanares, por guiarme y acompañarme en el proceso de elaboración del estudio así como al profesorado del Máster de Terapia Ocupacional en Salud Mental perteneciente a la Universidad de Castilla La Mancha.

Anexos

Anexo 1.- Datos socio-demográficos de los participantes.

PARTICIPANTES	EDAD	SEXO	ESTUDIOS	DOMICILIO ACTUAL	EDAD DE INICIO DE PSICOSIS	AÑOS DE EVOLUCIÓN	INGRESOS EN AGUDOS	DIAGNÓSTICO ACTUAL
Uno	27	Mujer	Sin acabar 3º E.S.O.	Padres separados. Convive con madre y abuelos.	23	4	1	Esquizofrenia Paranoide.
Dos	29	Mujer	Grado superior.	Casa de los padres.	24	5	2	T. de ideas delirantes persistentes
Tres	30	Hombre	Cursando ingeniería mecánica.	Hijo único. Convive con los padres	27	3	1	T. esquizoafectivo.
Cuatro	22	Hombre	Finalizado 4º E.S.O.	Vive en casa de los padres.	19	3	0	Esquizofrenia Paranoide.
Cinco	26	Hombre	Finalizado 1º Bachiller.	Adoptado a los 12 años. Vive con los padres.	22	4	1	Esquizofrenia Paranoide.
Seis	27	Hombre	Finalizado 4º E.S.O.	Independizado del domicilio materno. Convive con su pareja.	25	2	1	T. de ideas delirantes persistentes.
Siete	28	Hombre	Abandonó estudios universitarios.	Vive en el domicilio familiar.	25	3	0	T. psicótico por drogas.