

PAPEL QUE DESEMPEÑAN LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DURANTE EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ÁMBITO SOCIOCOMUNITARIO.

ROLE OF FAMILIES OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS DURING THE OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS IN THE FIELD SOCIAL FRAMEWORK.

DECS: Familia, Terapia Ocupacional, Salud Mental
MESH: Family, Occupational Therapy, Mental Health



Autora:

Dña. Leticia Ocaña Expósito.

Graduada en Terapia Ocupacional.

Terapeuta Ocupacional de la unidad de agudos de Salud Mental del Hospital de Torrecárdenas (Almería).

Leticia.terapeutaocupacional@hotmail.com

Como citar este documento:

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 [fecha de la consulta]; 9(15): [18 p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original10.pdf>

Texto recibido: 18/07/2011

Texto aceptado: 01/02/2012

Introducción

El terapeuta ocupacional utiliza o aplica terapéuticamente diferentes actividades que constituyen una unidad cultural y personalmente significativa, aquellas a través de las que se distingue y expresa, constituyéndose en una forma de dar sentido a la existencia, aquellas que contribuyen a construir la identidad personal, social y cultural (1). A pesar del significado y el poder que atribuimos a la actividad existen datos que muestran que las personas con enfermedad mental no desempeñan actividades altamente significativas en nuestro contexto cultural, como las asociadas al cuidado del hogar, ya que solo un 41,1% dice desempeñarla a veces (2). Estos resultados se reflejan en otras áreas como el ocio y tiempo libre (34,7%) y el manejo de recursos sociocomunitarios (17,7%) (2).

RESUMEN

Justificación del estudio. Los terapeutas ocupacionales trabajamos con la ocupación como foco de nuestra intervención. Como el desempeño de las actividades tiene lugar en el contexto de la persona, y la familia representa quizá la parte más relevante de ese contexto, es necesaria su participación y colaboración durante el proceso de terapia ocupacional. **Metodología.** Se diseñaron encuestas específicas dirigidas tanto a familiares como a terapeutas ocupacionales para explorar y describir el tipo de relación que se establece entre ambos. **Resultados.** No se encuentra una opinión unánime entre terapeutas ocupacionales y familiares sobre la frecuencia y los principales motivos por los que tienen lugar estas reuniones. Los datos muestran que siguen existiendo en los profesionales ciertos estereotipos sobre los familiares de personas con enfermedad mental, que pueden estar influyendo en el desarrollo de esta relación. **Conclusiones.** Los terapeutas ocupacionales debemos reflexionar sobre este tema ya que se identifican ciertas disonancias entre el discurso teórico y la práctica

SUMMARY

Justification of the study. Occupational therapists work with the occupation as the focus of our intervention. As the performance of activities takes place in the context of the person and the family is perhaps the most relevant part of that context, we need their participation and collaboration in the process of occupational therapy. **Methodology.** Specific surveys were designed to target both families as occupational therapists to explore and describe the type of relationship established between them. **Results.** There is a unanimous opinion among therapists and family members about the frequency and the main reasons that these meetings take place. The data show that there are still some stereotypes about the people on the relatives of people with mental illness, which may be influencing the development of this relationship. **Conclusions.** Occupational therapists should reflect on this issue and identified certain dissonance between the theoretical discourse and practice.

La participación del usuario en una ocupación tiene lugar dentro de un contexto (3) y la familia representa posiblemente la parte más relevante de ese contexto. Por tanto, debemos reflexionar que cualquier intervención terapéutica que no incluya a la familia es errónea o está condenada al fracaso (4).

La familia es un elemento central que hay que contemplar para desarrollar nuestro trabajo, por eso su participación es necesaria en el proceso de rehabilitación y de

nuestra parte toca que esa participación sea efectiva y beneficiosa para el usuario (5).

Como es bien sabido, la familia o allegados proporcionan:

- un contexto para el desarrollo personal (6)
- continuidad en la experiencia vital y desarrollo personal del individuo, que no es dada por los diferentes recursos (6)
- información, ya que saben lo que necesitan de los profesionales (6)
- el contexto cultural que da sentido al desempeño ocupacional (6)

El Terapeuta Ocupacional debe conocer la información de primera mano debiendo instruir, supervisar o consultar a los miembros de la familia (7). Debemos trabajar con el usuario y los miembros de la familia para ayudar a

identificar, planificar y apoyar las actividades acertadas para que sean realistas y satisfactorias (7).

Salud mental y familia.

Las enfermedades mentales constituyen la 5º causa principal de discapacidad en todo el mundo (8). Son los familiares los que identifican las necesidades y barreras en el ambiente, para que posteriormente puedan ser eliminadas y se consiga la mejora del usuario (9). La familia representa una fuente de continuidad, conociendo a través de sus implicaciones emocionales únicas y el trato día a día, información imprescindible sobre sus capacidades, necesidades y expectativas(9).

En casos concretos como la esquizofrenia que cursa con exacerbaciones, cuando estos brotes remiten, los profesionales debemos volver a consultar con la familia sobre las modificaciones que se tienen que hacer para mejorar o mantener el desempeño del usuario (7), estas indicaciones deben tenerse en cuenta sobre todo en determinados encuadres.

Los profesionales de terapia ocupacional aumentan su eficacia cuando incluyen a la familia en el tratamiento (10), por lo tanto, debemos de reconocer que los miembros de la familia pueden dar información útil acerca del usuario, ayudar a dar apoyo y mantener a la persona en su óptima función (10). Además, pueden reforzar la intervención a través de actividades familiares, valorándose no solo lo actividad que se está desempeñando, si no también, el estar compartiendo entre los miembros de la familia una actividad (11). La familia debe ayudar al Terapeuta Ocupacional porque ellos son el principal soporte para el usuario (10).

Como resultado de este papel central (6), la familia tiene que ser vista como un miembro del equipo en todas las etapas de los servicios de terapia ocupacional a lo largo de la vida del usuario (12-14). Las familias son un elemento esencial

en el proceso de rehabilitación (15) y en la vida de las personas con discapacidad (16) (17) (18, 19) (20).

Terapeutas Ocupacionales.

Los Terapeutas Ocupacionales debemos ayudar a los familiares a identificar las capacidades y necesidades del usuario, estableciendo entornos sin estrés, calmados, predecibles y estructurados (7). Los aspectos positivos de la familia deben ser reconocidos y utilizados como base para los programas de intervención (9).

A pesar de estas evidencias, numerosos estudios demuestran que el terapeuta ocupacional no incluye a la familia en la práctica clínica. La literatura lo explica a través de la existencia de ciertos factores en los profesionales como:

- Creencia de que la familia frena el progreso en la recuperación del usuario (15).
- Falta de tiempo por parte de los profesionales (15).
- Consideración de que todas las familias son un grupo homogéneo en el que todas se involucran de la misma manera y en la misma medida (21)
- Generación de controversia, cuando las necesidades de la familia y las percepciones de los profesionales sobre el desempeño ocupacional del usuario son diferentes (21).
- Estrés en los profesionales generado por los comportamientos y actitudes de algunas familias, que crea una creencia errónea generalizada (15).
- Cuestionar la capacidad de la familia por parte del Terapeuta Ocupacional (15).

Estos factores influyen y determinan el desarrollo de nuestra práctica clínica, pero lo que los Terapeutas Ocupacionales no debemos olvidar, es que nuestros resultados deben ir dirigidos a satisfacer las demandas, prioridades, necesidades y valores de los usuarios y de sus familiares, no los nuestros

propios (21). Para conseguirlo el terapeuta ocupacional puede trabajar con el usuario, con la familia y finalmente como nexo entre familia y usuario (22).

Los Terapeutas Ocupacionales debemos examinar, desarrollar y perfeccionar las estrategias de intervención, para conseguir la participación activa de los miembros de la familia (23). Esto se podría lograr por ejemplo, a través de la realización de actividades significativas para la unidad familiar(24).

- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La necesidad de la participación familiar durante el proceso de intervención ha quedado reflejada, no sólo porque los terapeutas ocupacionales debemos trabajar con los allegados para identificar, planificar y apoyar actividades para que sean realistas y satisfactorias, si no porque los familiares constituyen una fuente de continuidad, soporte afectivo, económico, cultural para las personas con enfermedad mental. La mayoría de estas personas conviven con sus familiares, dato obtenido del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de Toledo en el que 122 usuarios de los 172 que acuden, conviven con sus familiares(25):

Conviven con:	H	M	Total	%/179
Padres y hermanos	22	13	35	19,55
Padres	23	7	30	16,76
Padre	1	1	2	1,12
Madre	6	4	10	5,59
Otros familiares	4	7	11	6,15
Cónyuge	16	18	34	18,99
			122	

Como los terapeutas ocupacionales trabajamos con la ocupación (3), es necesario conocer y trabajar con las personas que influyen e intervienen en ese desempeño. Trabajar desde un punto de vista que abarque no sólo la individualidad y los síntomas del sujeto, sino que se extienda a factores de índole social y la comunidad (26).

En casos concretos como en las personas con esquizofrenia, en la que los síntomas negativos de la enfermedad interfieren en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), además de presentar serias dificultades en la elección de actividades significativas y en la capacidad de disfrutar de ellas, se suma además el aislamiento social (27). Consecuentemente la realización de actividades significativas realizadas en el entorno familiar (24), puede ser un primer objetivo para trabajar con el usuario en comunidad, graduando posteriormente la actividad. Es necesaria la participación familiar durante el proceso de terapia ocupacional ya que para lograr el desempeño ocupacional satisfactorio, éste debe producirse en el contexto cultural y social del individuo (28).

En *definitiva*, la familia no solo representa una fuente de continuidad sino que también proporciona soporte cultural y social, por lo que hace necesario que el terapeuta ocupacional incluya intervenciones directas sobre el usuario de un recurso y sobre su contexto mas inmediato (29).

- **OBJETIVOS.**

Objetivo general:

- Explorar y describir el papel de las familias de personas con enfermedad mental en el proceso de intervención de terapia ocupacional en el ámbito sociocomunitario.

Objetivos específicos:

- Conocer la percepción que tienen los terapeutas ocupacionales sobre el papel que cumplen las familias de personas con enfermedad mental.
- Conocer la percepción que tienen los familiares sobre el papel del Terapeuta Ocupacional en los CRPSL.
- Describir la relación familia-terapeuta ocupacional.
- Identificar el tiempo que destinan los profesionales a los familiares.

- Conocer si los principales estereotipos descritos por diferentes autores sobre la familia siguen estando presentes en los profesionales.

I. **METODOLOGÍA.**

- **Población de estudio.**

Se decidió escoger la muestra de los CRPSL ya que en estos recursos se realiza una intervención sociocomunitaria. Fueron escogidos como muestra todos los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en los CRPSL de Castilla la Mancha y los familiares de usuarios que acuden al CRPSL de Toledo.

- **Diseño del estudio. Descripción de variables e intervenciones.**

Estudio exploratorio. Diseño de encuestas, unas dirigidas a familiares (*Anexo I*) y otras a profesionales (*Anexo II*). Se realizaron las preguntas en base a evidencias que habían descrito autores sobre los principales factores que influyen en la relación familia-terapeuta ocupacional. Se realizaron las mismas preguntas tanto a familiares como a profesionales, con el fin de comparar las respuestas.

Encuestas Terapeutas Ocupacionales. Se enviaron 19 encuestas correspondiendo con todos los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en los distintos CRPSL de Castilla la Mancha. Se envió un correo informativo sobre el estudio de investigación, tanto a la coordinadora de los diferentes recursos como a los propios Terapeutas Ocupacionales. En el correo se explicaba los motivos del estudio, a quién iba dirigido y que es lo que debían de hacer si querían participar, además de un teléfono de contacto por si tenían alguna duda. Al mismo tiempo se adjuntaba tanto el consentimiento informado como el cuestionario. En el correo se daba una primera fecha límite que tubo que ser modificada ya que el número de respuestas fue muy reducido. Aun así, la

respuesta por parte de los profesionales fue muy escasa ya que solo contestaron 7 de los 19 enviados.

Variables: Nombre, edad sexo, ocupación, años de experiencia, marco de referencia teórico o modelo en el que se basan y lugar de formación. Además, el cuestionario se componía de 32 preguntas cada una con cuatro alternativas de respuesta (muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco de acuerdo y en desacuerdo).

Encuestas familiares. La muestra se recogió en el CRPSL de Toledo. Se escogió como fecha y lugar para la reunión la Escuela de familias, programa que llevan a cabo en este recurso. De las 14 familias que asistieron participaron 9 de ellas. A las familias que decidieron colaborar, se les explicó los motivos del estudio y se les informó acerca de cómo cumplimentar el cuestionario y el consentimiento informado (*Anexo III*).

Variables. Nombre, edad, sexo, años de evolución de la enfermedad del usuario, diagnóstico del usuario, ocupación del familiar, miembro de la familia (madre, padre, hermano, etc.). Además, el cuestionario se componía de 23 preguntas con cuatro alternativas de respuesta (muy de acuerdo, bastante de acuerdo, poco de acuerdo y en desacuerdo).

- **Análisis estadístico:**

Se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las cualitativas se describieron con frecuencias absolutas y porcentajes para cada una de sus categorías, y las cuantitativas con la media aritmética y desviación estándar (DE) cuando se aproximaban a una distribución normal, y como mediana, mínimo y máximo en caso de marcada asimetría.

II. RESULTADOS.

En cuanto a la percepción que tienen los terapeutas ocupacionales sobre el papel que cumplen las familias de personas con enfermedad mental, lo que más llama la atención, es que el 71,4% de los Terapeutas Ocupacionales considera que la familia desempeña un papel muy importante, siendo necesaria

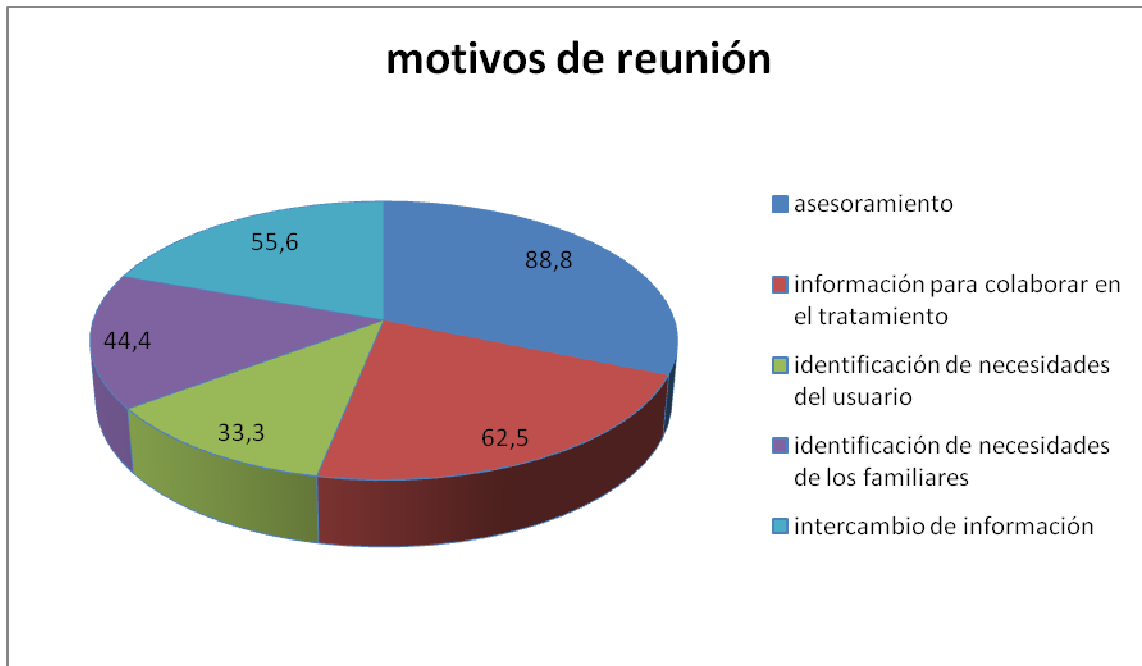
para conseguir la independencia del sujeto. Además, también se confirma que para los Terapeutas Ocupacionales, (57,1% muy de acuerdo y 42,9% de acuerdo) es fundamental la participación activa por parte de los familiares durante el proceso de terapia ocupacional.

En cuanto a la percepción que tienen los familiares sobre el papel del terapeuta ocupacional en los CRPSL, el 100% de los familiares considera que la asistencia a terapia ocupacional genera cambios positivos en el usuario. También se encuentra una opinión generalizada en los familiares, ya que el 88,9% están muy de acuerdo en que desempeñan un papel muy importante en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental. Este dato es importante, pero todavía lo es más si se respalda con una opinión así: el 88,9% está muy de acuerdo en que realizan una participación activa durante el proceso de rehabilitación de su familiar. Además, el 66,7% de los familiares están muy de acuerdo en que pueden aportar información relevante que los profesionales desconocen acerca de la situación de su familiar.

Para describir cuáles son las principales razones por las que se reúnen familia y terapeuta ocupacional, se les preguntó a ambos por los siguientes motivos: asesoramiento por parte del terapeuta ocupacional, recibir información por parte del profesional para que los familiares puedan colaborar en el proceso de intervención, identificación de las necesidades tanto del usuario como de los familiares, e intercambio de información entre familiar-terapeuta ocupacional acerca de la situación del usuario.

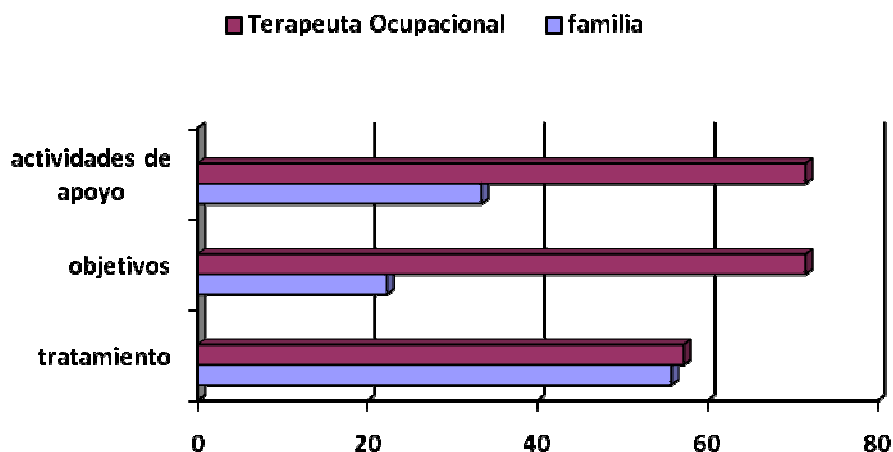
En cuanto al asesoramiento por parte del terapeuta ocupacional a las familias, la mayoría de profesionales (87,5%) como de familiares (88,8%) contestó ser éste uno de los principales motivos por los que se reúnen. Otra de las razones con un alto porcentaje de respuesta, un 62,5% de los familiares, considera como tema de reunión el recibir información por parte del Terapeuta Ocupacional para saber como puede colaborar en el tratamiento. Los datos apuntan que los ítems de mayor respuesta por los que se reúnen los terapeutas ocupacionales y las familias son: recibir asesoramiento e información para poder colaborar en el proceso de terapia ocupacional.

En la gráfica se expone el porcentaje de familiares que respondió estar muy de acuerdo en reunirse con los terapeutas ocupacionales para:



En cuanto a las reuniones con los familiares que se realizan para la identificación de las necesidades del usuario, el 100% de los terapeutas contestó estar muy de acuerdo, en cambio, el 44,4% de los familiares respondió estar en desacuerdo. Esta diferencia de opiniones también se identifica en la pregunta que se hizo para conocer si realizaban reuniones para el intercambio de información. El 100% de los terapeutas ocupacionales respondió afirmativamente (71,4% muy de acuerdo, 28,6% bastante de acuerdo), en cambio los familiares respondieron con un 55,6%, de acuerdo y 44,4% en desacuerdo.

Para conocer si el terapeuta ocupacional incluye a la familia durante las fases de intervención se les preguntó concretamente por: planificación del tratamiento, planificación de objetivos y planificación de actividades de apoyo. Estos fueron los resultados:



En la gráfica se identifica el porcentaje de personas que respondieron estar muy de acuerdo. Se refleja en su mayoría que no hay una opinión similar entre profesionales y familiares. Un porcentaje muy alto de familiares contestó no estar de acuerdo cuando se les preguntó concretamente por la planificación del tratamiento (33,3%), planificación de objetivos (44,4%) y actividades de apoyo (33,3%).

En cuanto al tiempo que dedican los profesionales a los familiares en general estos están bastante de acuerdo, opinándolo así un 55,6%, en cambio, si se les pregunta concretamente sí se reúnen periódicamente los datos muestran una opinión contraria, ya que un 44,4% respondió no estar de acuerdo. En una pregunta posterior se les preguntaba por la frecuencia de esas reuniones, respondiendo el 71,4% no reunirse ni diaria, ni semanal ni mensualmente. En cambio, los terapeutas ocupacionales contestaron el 100% reunirse de forma periódica con los familiares (57,1% muy de acuerdo, 42,9% bastante de acuerdo). En cuanto a la periodicidad de estas reuniones, los profesionales contestaron el 42,9% no reunirse ni diaria, ni semanal ni mensualmente. Sólo un 28,6% respondió reunirse semanalmente y otro 28,6% reunirse mensualmente.

Este dato es llamativo ya que todos los terapeutas ocupacionales respondieron reunirse periódicamente con los familiares, pero el 42,9% casi la mitad de los que respondieron afirmativamente esa pregunta, no se reúne ni diaria, ni semanal, ni mensualmente. Estos datos se complementan con que el 57,1% de

los terapeutas ocupacionales respondió estar muy de acuerdo en tener un espacio fijo para reunirse con los familiares.

En cuanto a los estereotipos señalados en la literatura como factores que influyen y dificultan la relación familia-terapeuta ocupacional, estos fueron los datos obtenidos según las respuestas de los profesionales:

Motivo	MD	BD	PD	ND
Frenan el progreso en la recuperación del usuario.	57,1%	42,9%		
Necesidades de los familiares y tu percepción como profesional son las mismas en cuanto al desempeño ocupacional.		57,1%	42,9%	
Las familias tienen capacidad para colaborar de manera efectiva en el programa de terapia ocupacional.	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%
Las familias se involucran la mayoría de la misma manera y en la misma medida.	14,3%	14,3%	57,1%	
Familia= fuente de estrés.		28,6%	57,1%	

Leyenda: MD Muy de acuerdo, BD Bastante de acuerdo, PD poco de acuerdo, ND Nada de acuerdo

Con respecto a estos datos puedo apuntar que siguen estando presentes en los profesionales una idea generalizada que coincide con algunos de los estereotipos identificados en la literatura sobre los familiares de personas con enfermedad mental. Un ejemplo de esto es que el 100% (57,1% muy de acuerdo 42,9% bastante de acuerdo) de los terapeutas ocupacionales considere que la familia *frena el progreso* del usuario.

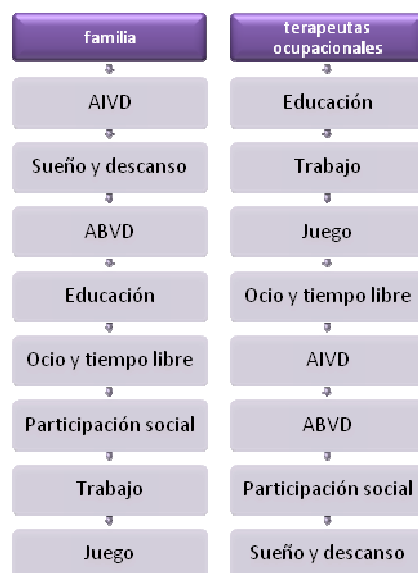
Otro de los estereotipos que pueden explicar que la relación familia-terapeuta ocupacional no tenga lugar es la *controversia* que se genera entre ambos cuando identifican necesidades diferentes en el desempeño ocupacional del usuario, hecho que el 42,9% apoya. Diferentes autores han explicado que esta controversia impide o dificulta que esta relación tenga lugar. Para saber más acerca de esto, se diseñaron preguntas en las que ambos tenían que identificar

cuales eran las áreas de desempeño ocupacional en la que los usuarios de los CRPSL tenían mayores dificultades, estos fueron los resultados:

Los familiares piensan que las áreas en las que los usuarios de los CRPSL presentan mayor dificultad son: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, descanso y sueño, Actividades Básicas de la Vida Diaria y Educación. En contrapuesta piensan que las áreas más conservadas son: Ocio y tiempo libre, participación social, trabajo y juego.

En cambio los Terapeutas Ocupacionales identifican como las áreas con mayores dificultades, las siguientes: educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre. Como áreas mas preservadas por personas con enfermedad mental, identifican: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Actividades Básicas de la Vida diaria, participación social y sueño y descanso.

En esta tabla quedan reflejadas las áreas de desempeño ocupacional ordenadas de mayor a menor dificultad:



En cuanto al estereotipo de que la familia es considerada por los terapeutas ocupacionales como una *fuentes de estrés*, los datos apuntan a que este no parece ser uno de los motivos que condicionen esta relación, ya que la mayoría un 57,1% así lo considera. Otro de los estereotipos que no parecen influir de una manera muy determinante es considerar por parte de los profesionales que

todas las familias se involucran de la *misma manera y en la misma medida* ya que un 57,1% respondió estar poco de acuerdo con esta afirmación. Sobre el estereotipo de que la familia tiene *capacidad para colaborar* en el tratamiento, la mayoría de los profesionales (28,6% muy de acuerdo, 42,9% bastante de acuerdo) respondieron afirmativamente. Aunque la mayoría respondió estar poco de acuerdo con estos tres últimos estereotipos, también existieron respuestas afirmativas por parte de terapeutas ocupacionales que confirman que todavía, hoy en día, la creencia en estos estereotipos sigue estando presente en algunos profesionales.

III. DISCUSIÓN.

En general, los terapeutas ocupacionales que participaron en el estudio son mujeres (71,4%). Además de esta variable, hay otras que pueden estar influyendo en los resultados como por ejemplo la edad, ya que la media es de 30 años. Los resultados pueden estar asociados a personas jóvenes, mujeres y que llevan trabajando relativamente poco tiempo (una media de 8 años).

En cuanto a los datos recogidos por los familiares, la mayoría eran hombres (66,7%), con una media de edad de 61 años. Además, el 87,5% son padre o madre del usuario del CRPSL y con 11 años de evolución de la enfermedad de su familiar. Por lo que los datos obtenidos se relacionan con personas mayores, padres de la persona con enfermedad mental y con un tiempo relativamente largo de evolución de la enfermedad.

IV. CONCLUSIONES.

Estos datos documentan que la relación familia-terapeuta ocupacional es difícil y está influenciada por múltiples factores. Aunque el terapeuta ocupacional considera por su formación o experiencia que es necesaria incluir a la familia durante el proceso de intervención, los datos apuntan a que en realidad no lo hace, ya que la información recogida por los familiares así lo muestra. Los principales motivos por los que el terapeuta ocupacional se reúne con la familia es con el fin de asesorarles o darles información de cómo pueden colaborar en

el tratamiento. Este dato sugiere que los profesionales no identifican las capacidades que puedan tener las familias y mucho menos las utiliza en pro del proceso de intervención. Estos datos nos hacen reflexionar sobre el tipo de relación que se establece entre ambos y de cómo ve el profesional a las familias de personas con enfermedad mental, a pesar de que la mayoría de los terapeutas ocupacionales considere que la familia tiene capacidad como para colaborar en el tratamiento.

Se han recogido datos que muestran la existencia todavía, hoy en día, de ciertos estereotipos. Los datos nos sugieren que el tiempo no es uno de los factores influyentes, ya que la mayoría de los profesionales que trabajan en este recurso tienen un espacio fijo destinado a los familiares, pero aún así, no se reúnen en su mayoría periódicamente. Que profesionales y familiares no se reúnan no es debido a factores institucionales, si no más bien se trata de un motivo puramente profesional. Por lo que en este caso concreto el tiempo no parece ser un factor que condicione la relación familia-terapeuta ocupacional.

En cambio, lo que si parece influir y determinar la calidad de relación entre ambos, es la presencia de ciertos estereotipos como que la familia frena la recuperación del usuario y la controversia que se genera entre ambos al identificar necesidades diferentes en las áreas de desempeño ocupacional. Los datos muestran que aunque no sean la mayoría, un porcentaje de terapeutas ocupacionales siguen creyendo que la familia no tiene la capacidad necesaria para colaborar en el tratamiento, que las familias se involucran todas de la misma manera y en la misma medida, y que son una de las principales fuentes de estrés en su trabajo diario.

Como conclusión decir que los terapeutas ocupacionales tenemos la capacidad suficiente para desprendernos de estos estereotipos y de eliminar de una vez por todas estas creencias que nos limitan y dificultan ejercer como verdaderos profesionales. Estos datos más que suponer una crítica deben suponer un reto

para los profesionales, que este trabajo sirva de reflexión para los compañeros, para que piensen si se sienten identificados con los datos obtenidos y si creen que pueden hacer algo para modificarlos. Reflexionar para intentar conseguir que todo el potencial de cada uno de los familiares sea utilizado junto con nuestros conocimientos, para el aumento de la calidad de vida y el nivel de independencia del usuario.

V. Agradecimientos.

A mi tutor, Dr. Pedro Moruno Miralles y a todos los participantes del estudio.

Bibliografía

1. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D. La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental, en Terapia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2004 [01/01/2011]; 1(1): [18 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
2. Castilla A, Lopez M, Chavarría V, Sanjuan M, Canut P, Martínez M, et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Rev Asoc Esp Neurosiq. 1998;68:621-42.
3. Avila Alvarez AMP, R. Matilla Mora, R. Maximo Bocanegra, M., Matilla Mendez BTV, M.A. et al. Marco de Trabajo para la practica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da (traducción) ed2010. p. 85.
4. Early MB. Mental Health Concepts & techniques for the Occupational Therapy assistant. Point t, editor: Williams & wilkins; 2009.
5. Orradre M. El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. (ANASAPS) Asociacion Navarra para la Salud Psiquica.
6. Brown SM, Humphry R, Taylor E. A Model of the Nature of Family-Therapist Relationships: Implications for education. Am J Occup Ther. 1997;51.
7. Kannerber KR, Dufresne G. Occupational Therapy Practice Guidelines for Adults with Schizophrenia. Am J Occup Ther. 1999.
8. Creek J, Lougher L. Occupational Therapy and Mental Health. 4rd. ed: Churchill livingstone elsenier; 2008.
9. Case-Smith J, Allen AS. The Occupational Therapy for children. 3rd ed: Mosby-Year Book; 1996.
10. Early MB. Mental Health Concepts & techniques for the Occupational Therapy assistant.: Williams & wilkins; 2009.
11. Humphry R, Corcoran M. Exploring the role of family in occupation and family occupations. Am J Occup Ther. 2004 2004 Sep-Oct;58(5):487-8.
12. Humphry R, & Case-Smith, J. working with families.] Case-Smith, A S Allen, & P N Prart (Eds),. 1996; Occup ther child (67-98).
13. Baum CM. Caregiver assisrance; Using family members and arrendanrs. American Occupational Therapy Associanon. 1994.
14. Hasselkus BR. Professionals and informal caregivers; The rherapeutic alliance. Bonder & M B Wagner (Eds),. 1994:339-51.
15. Humphry R, Gonzalez S, Taylor E. Family involvement in practice: issues and attitudes. Am J Occup Ther. 1993 Jul;47(7):587-93.
16. Bernheim KF, Switalski T. Mental health staff and patient's relatives: how they view each other. Hosp Community Psychiatry. 1988 Jan;39(1):63-8.
17. Doane JA. Emotion and attachment in families of schizophrenics:. The struggle for recovery In EF Walker(Ed). 1991; Schizophrenia: A life-course deuelopmental perspective:213-41.
18. Wilcox M. Partners by force The family and rehabilitation team. Neuro rehabilitation. 1991;1(7-18).
19. Moyers PA. Occupational therapy intervention with the alcoholic's family. Am J Occup Ther. 1992 Feb;46(2):105-11.
20. Zoltan B R, D. M. Head injury in adults. Occupational therapy:practice skills for physical disfunction. 1990;St. Louis: Mosby(3 ed.):623-47.
21. Decker B. A comparison of the individualized education plan and the individualized family service plan. The Am J Occup Ther. 1992;46.
22. Soledad A. Alcoholismo:integración familia-paciente desde la Terapia

Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 [01/01/2011]; 2(4): [25 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num4/pdfs/num4art3.pdf> 2006;4:25.

23. Clark CA, Corcoran M, Gitlin LN. An exploratory study of how Occupational Therapists develop therapeutic relationships with family caregivers. The American Journal of Occupational Therapy. 1994;49.

24. DeGrace BW. Occupation-based and family-centered care: a challenge for current practice. Am J Occup Ther. 2003 May-Jun;57(3):347-50.

25. Toledo FSdCIMd. Centro de Rehabilitación psicosocial y laboral de Toledo. 2010.

26. Olazabal P, Bernal I, Mandado P. Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcoholico. Revista Cubana medicina general integral. 1997;14:5.

27. Lipskaya L, Jarus T, Kotler M. Influence of cognition and symptoms of schizophrenia on IADL performance. Scand J Occup Ther. 2010 Jun.

28. Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.

29. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev Asociacion Esp Neurop. 2007;XXVII(99):187-223.