

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE FIN DE GRADO TERAPIA OCUPACIONAL



OCIO COMUNITARIO EN USUARIOS CON ESQUIZOFRENIA.

AUTOR: Morcillo Sanz, Miriam

Nº expediente: 699

TUTOR: Fortes Jiménez, Lidia

Departamento y Área. Patología y Cirugía. Radiología y Medicina Física

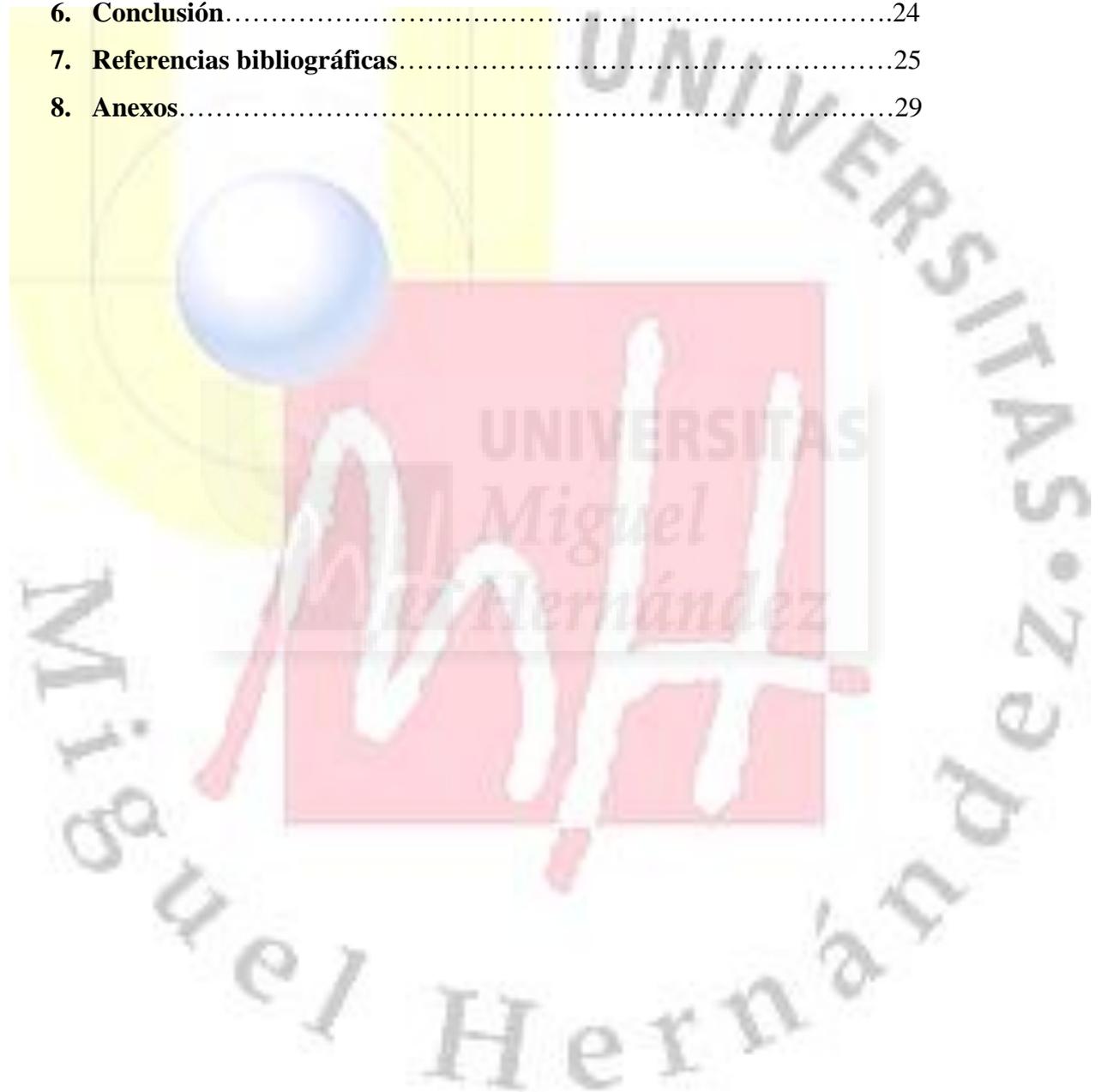
Curso académico 2016- 2017

Convocatoria de Mayo



ÍNDICE

1. Resumen/abstract.....	4
2. Introducción.....	6
3. Objetivos.....	14
4. Material y métodos.....	15
5. Discusión.....	22
6. Conclusión.....	24
7. Referencias bibliográficas.....	25
8. Anexos.....	29



1. **RESUMEN:**

Introducción.

Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de discapacidad. Las personas con esquizofrenia presentan dificultades en bienestar emocional, integración social y laboral, debido a la enfermedad y al desconocimiento social que existe hacia ella. La rehabilitación en el entorno hospitalario es insuficiente frente a las demandas de ocio normalizado y la autonomía de sus propias vidas, necesidades patentes en este colectivo.

Material y métodos.

La evaluación y el desarrollo del proyecto ha tenido en cuenta el modelo canadiense de desempeño ocupacional y el modelo de ocupación humana. Se ha evaluado tanto el equilibrio ocupacional como las habilidades motoras y sociales de los usuarios.

Las sesiones propuestas pretenden incidir en el ejercicio físico, actividades expresivas, intervención vocacional, funcionalidad, habilidades sociales y ocio, todo ello en la comunidad.

Discusión

Actualmente no se destinan fondos expresamente para el ocio, pero cada vez hay una visión menos centrada en la institucionalización.

Las recaídas son frecuentes en pacientes de estas características, no obstante, incidimos directamente en la persona y su entorno, por lo que puede suponer una mayor fuente de apoyo y mejora en la calidad de vida.

Conclusión.

Los estudios al respecto afirman que un tratamiento fuera del ámbito hospitalario supone una reducción de recaídas, una menor institucionalización y un menor riesgo de suicidio en personas con esquizofrenia. Es necesaria más investigación en este ámbito.

Palabras clave: *Terapia ocupacional, esquizofrenia, ocio comunitario.*

ABSTRACT:

Introduction.

Mental illnesses represent 40% of chronic diseases and the major cause of disability. People with schizophrenia have difficulties in emotional wellness, employment and social integration, because of the disease and the social unknown that exists towards it. The rehabilitation in the hospital environment isn't enough, opposite to the demands of typical leisure and personal autonomy of their own lives, needs patents in this group.

Materials and Methods.

The evaluation and development of the project is based on the Canadian model of occupational performance and the model of human occupation. Both the occupational balance and the motor and social skills of the users have been evaluated.

The proposed sessions aim to influence physical exercise, expressive activities, vocational intervention, functionality, social skills and leisure, all this in the community.

Discussion.

Nowadays, money isn't being destined expressly for leisure activities, but every time there is a view less focused on institutionalization. Relapses are frequent in patients of these characteristics; however, we focus directly on the person and his environment, so it may be a major support and improvement in the quality of life.

Conclusion.

The studies about that affirm that a treatment out of the hospital area suppose fewer relapses, fewer institutionalization and less risk of suicide. Is necessary more investigation about this.

Keywords: *occupational therapy, schizophrenia, community leisure.*

2. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo 1 de cada 4 personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. Dicho esto, cabe remarcar que el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental.

Los grupos parlamentarios del Senado han designado en 2017 como el **Año de la Salud Mental en España**, al tomar conciencia de la advertencia de las sociedades científicas, entre ellas la sociedad de psiquiatría, acerca del aumento de los trastornos psiquiátricos comunes como la ansiedad y la depresión.

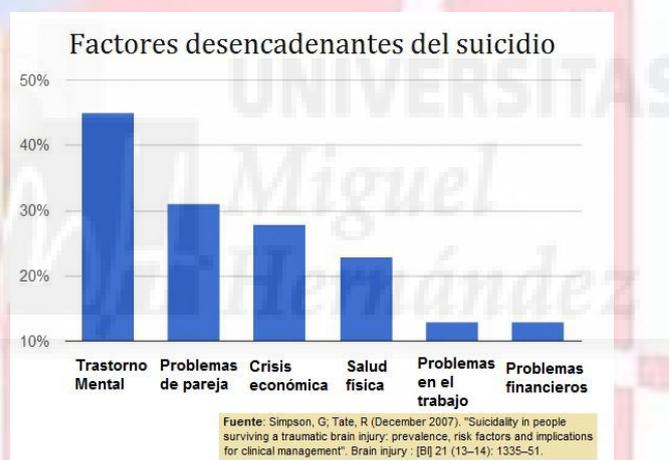
Las enfermedades mentales pueden afectar a cualquier persona, sin importar su edad, su sexo, su etnia, su religión o su clase social. Dichas enfermedades suponen **el 40% de las enfermedades crónicas** y la mayor causa de discapacidad.

3. Población de 16 a 64 años según tipología de la discapacidad y relación con la actividad. Cifras absolutas en miles

	Valores absolutos		Tasa de actividad		Tasa de empleo	
	2015	2014	2015	2014	2015	2014
TOTAL	1774,8	1742,2	33,9	33,6	23,4	22,6
TIPO DE DEFICIENCIA						
Sistema osteoarticular	335,2	316,7	45,3	45,6	33,9	33,3
Sistema neuromuscular	157,1	152,8	31,1	33,6	24,5	23,5
Intelectual	180,2	175,1	28,1	30,0	15,5	17,6
Trastorno mental	278,9	267,2	30,4	29,4	15,9	16,4
Sistema visual	90,8	88,9	45,9	43,7	37,8	34,4
Sistema auditivo	82,3	77,6	60,1	59,5	44,2	45,1
Sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio	108,1	107,6	32,2	30,4	23,4	18,5
Sistemas digestivo, metabólico y endocrino	55,9	53,9	47,5	47,0	34,3	35,5
Otros ⁽²⁾	100,9	95,1	48,0	48,4	33,2	32,5
No consta ⁽³⁾	385,4	407,2	16,6	17,1	10,8	10,5
GRADO DE DISCAPACIDAD						
Grado 33% a 44%	583,1	540,9	56,0	57,1	40,1	39,9
Grado 45% a 64%	252,1	270,1	42,0	37,1	27,9	24,4
Grado 65% a 74%	369,2	343,9	21,0	23,1	12,3	14,0
Grado 75% y más	184,9	180,1	14,6	15,3	12,6	12,1
No consta ⁽³⁾	385,4	407,2	16,6	17,1	10,8	10,5

Como indica la tabla, en la población en el rango de edad de 16 a 64 años, según el tipo de discapacidad y la actividad, padecer un trastorno mental supone un volumen importante de personas incluidas y no hay una cantidad significativa de ocupación, en miles, en 2014 de 267.2 personas solo 16 estaban ocupadas, y en 2015, de 278.9 personas solo 17 estaban trabajando.

En nuestro país, el suicidio se considera un grave problema de salud pública, detrás de más del 90% de los suicidios se esconde una enfermedad mental. La tasa de mortalidad por **suicidio** es 9 veces mayor que la de la población general. Según el DSM V *aproximadamente un 5-6% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia mueren por suicidio y cerca de un 20% lo han intentado en una o más ocasiones.*



Tal y como indica el gráfico, un trastorno mental es el factor desencadenante más potente del suicidio.

El estigma, es un término que se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas. En el caso de las personas con enfermedad mental, provoca que se muestren reticentes a recibir tratamiento médico especializado y, por lo tanto, no haya una prevención primaria, crucial para un desarrollo más favorable.

Estudios recientes mantienen que un 83% de personas con enfermedad mental alega que la discriminación social es uno de los principales obstáculos para su recuperación, ya que puede aumentar su riesgo de aislamiento y marginación.

Por otro lado, el 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza, mientras que el 99% de los profesionales no lo cree, por lo que se ve la necesidad de paliar el desconocimiento y concienciar en un entorno extra hospitalario principalmente.

Ante todo lo expuesto anteriormente, cabe destacar, que el **20% del gasto sanitario** en la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental, es decir, que por cada 100 euros de gasto sanitario en España, 5,5 son para salud mental.

Dentro de este colectivo, el empleo es uno de los principales ámbitos de estigmatización: entre el 5 y el 15% de las personas con enfermedad mental tiene un trabajo, y sólo el 5% de este porcentaje lo tiene de forma regular. En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del **absentismo laboral**.

Atendiendo a las características, en muchos casos, a consecuencia de la enfermedad mental, se ven deterioradas actividades básicas de la vida diaria tales como; el aseo personal y la movilidad en el hogar, actividades instrumentales como el manejo del transporte público, gestión del dinero y realización de compras, y, actividades avanzadas como; dificultad y desconocimiento para acceder a recursos comunitarios y una correcta realización de ocio y relaciones sociales.

Hay que tener en cuenta, que a través de la ocupación, se puede obtener además otros beneficios transversales como: forjar la propia identidad, el manejo del tiempo y la implicación en la sociedad a través de hábitos, roles y patrones. El desempeño de actividades de autocuidado, productivas y de ocio, permite a la persona participar como miembro integrado y activo de la comunidad.

Este proyecto surge como necesidad ante el estigma que ocupa una dimensión en la vida de las personas con enfermedad mental y la falta de programas dentro de un entorno comunitario y, por consiguiente, la falta de integración social y laboral que sufre este colectivo.

También contempla un modo de seguimiento una vez los pacientes tienen una estabilidad clínica, a posteriori de la sintomatología aguda, se presenta como una alternativa de ocio para fomentar las habilidades sociales, un estilo de vida saludable, la participación en la comunidad y en definitiva, la normalización de las actividades de la vida diaria, gozando de una autonomía y una autodeterminación de su propia vida.

Iwasaki: *“A menudo las personas que viven con enfermedades mentales experimentan una cantidad excesiva de tiempo libre y aislamiento que puede hacer que participen en comportamientos que representan un riesgo para su salud”*

Si la persona percibe el estigma en la sociedad, es más probable que haya una consecuencia emocional y suponga un deterioro en su salud, aumentando directamente la probabilidad de riesgo de internamiento. Es por este motivo, que si se establecen unos patrones y formas de vida saludable y controlada, habrá un menor riesgo de institucionalización y, como consecuencia, un menor gasto por ingreso hospitalario en usuarios con enfermedad mental.

A nuestro favor, la reforma psiquiátrica supuso una mayor apertura del colectivo en la comunidad, pero no ha habido una puesta en marcha realista de las medidas expuestas.

Hablar de una perspectiva comunitaria no solo se trata de ir abriendo camino al cierre de los hospitales psiquiátricos, sino que hay que asegurarse de que en la comunidad haya unas redes de apoyo, unos servicios y una buena coordinación entre profesionales.

Existe poca investigación al respecto, pero se ha podido verificar, que los equipos comunitarios de salud mental pueden reducir las tasas de ingreso y duración en los hospitales y evitar así las muertes por suicidio.

Estas medidas favorecen un contacto con los servicios comunitarios de salud mental.

Se contemplan como equipos comunitarios de salud mental profesionales como: DUE, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales. Todos ellos, con el fin de ofrecer un tipo de asistencia menos centrada en un ambiente institucional.

En este caso me voy a centrar en una de las enfermedades mentales con más prevalencia en España: la esquizofrenia.

Estudios recientes contemplan que un 1% de la población desarrollará alguna forma de **esquizofrenia** a lo largo de su vida. En España la padecen 400.000 personas (prevalencia 1.02%) y muchas otras están sin diagnosticar.

Según la Asociación Mundial de Psiquiatría *un 83% de la población general afirma desconocer qué es la esquizofrenia.*

Según el CIE 10: *“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos.*

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.

El curso presenta variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA EN EL DSM IV TR

A. Síntomas característicos: *dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes:*

- 1. Ideas delirantes*
- 2. Alucinaciones*
- 3. Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente, incoherencia)*
- 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado*
- 5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia)*

B. Disfunción social/laboral: *durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral)*

C. Duración: *persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.*

Si hacemos una comparativa del DSM IV respecto al DSM V, encontramos dos cambios significativos:

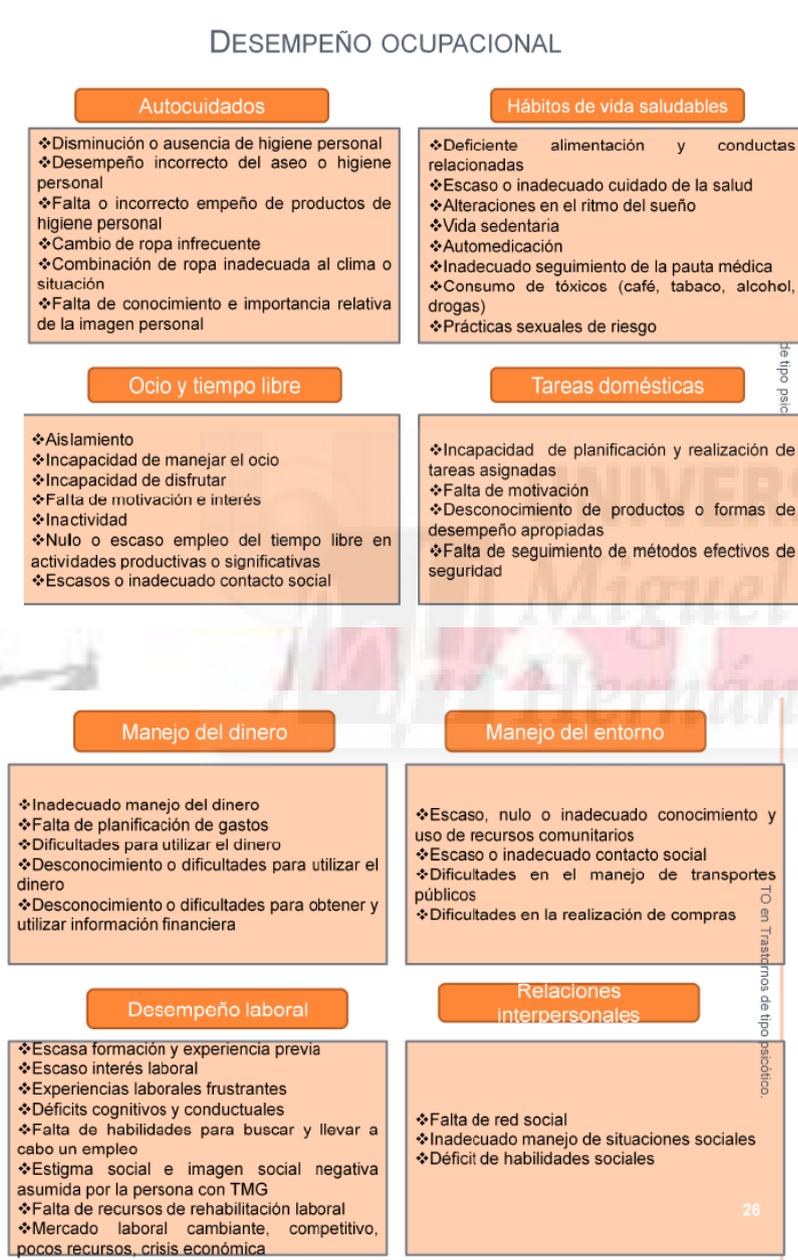
1) En el criterio A.

En el DSM IV solo se requería un síntoma si las ideas delirantes son extrañas o existían alucinaciones, mientras que en el DSM V, se necesitan dos o más síntomas (de los cinco existentes en el criterio A) para el diagnóstico de esquizofrenia, debido a que los *síntomas de primer orden* (pensamiento sonoro, voces que discuten entre sí, robo de pensamiento, experimentar influencias corporales...) y la diferencia entre los delirios extraños y los no extraños, es difícil de concretar.

2) En los subtipos de esquizofrenia

Se eliminan los subtipos del DSM IV (paranoide, desorganizado, catatónico e indiferenciado), debido a su limitada estabilidad diagnóstica, no han demostrado tener una respuesta al tratamiento o un curso en el tiempo diferenciado. A cambio, se tiene en cuenta la severidad y variedad de los síntomas en los individuos con trastornos psicóticos y catatonía se convierte en un especificador/subtipo.

Otro aspecto a destacar, es que la actividad física y la aptitud aeróbica son bajas en los pacientes que se encuentran en el primer episodio de esquizofrenia. Tanto las experiencias corporales anómalas como los síntomas negativos, están significativamente correlacionados con la baja actividad física.



Como se puede apreciar en las tablas anteriores, dicha enfermedad mental tiene impacto directo en el desempeño ocupacional de la persona, más concretamente aspectos como:

- Autocuidado: higiene y hábitos de vida saludable
- Productividad: desempeño laboral, tareas domésticas

- Ocio y tiempo libre: relaciones interpersonales, manejo del dinero y manejo del entorno

Es por ello, que la figura del terapeuta ocupacional debe considerarse fundamental en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental, ya que son aspectos directamente relacionados con la rehabilitación en este campo, y actualmente no deja apenas constancia su participación en el ámbito comunitario.

Desde terapia ocupacional se pueden trabajar los siguientes objetivos.

- Potenciar un mayor conocimiento y control sobre la sintomatología positiva y negativa, previniendo así las posibles recaídas.
- Permitir una mayor independencia funcional y autonomía personal a través de un proceso de habilitación y rehabilitación de destrezas.
- Fomentar la independencia funcional y autonomía en la higiene personal.
- Incrementar la agilidad mental, así como la resolución de problemas; enseñar estrategias adecuadas para facilitar la toma autónoma de decisiones y posibilitar una gestión más independiente del día a día.
- Promover la orientación a la realidad e incrementar una mayor autoestima a través de los logros personales.
- Ampliar la red social de apoyo del usuario y mejorar, siempre que sea necesario, la relación familiar, para que puedan apoyar el proceso de rehabilitación.
- Mantener y aumentar la integración comunitaria, eliminando el estigma, permitiendo una participación social activa y un desempeño adecuado de sus roles sociales.
- Promover oportunidades para que puedan demostrar comportamientos socialmente funcionales, así como para expresar sus ideas y sentimientos de forma adecuada en un contexto grupal.
- Proporcionar asesoramiento en relación al tiempo libre y ofrecer oportunidades para practicar actividades de ocio acorde a sus intereses.
- Fomentar los hábitos y competencias laborales.

3. OBJETIVOS

Por todo lo comentado anteriormente, en base a las dificultades de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y las capacidades del equipo multidisciplinar, incluido el terapeuta ocupacional, nos planteamos con el desarrollo del proyecto los siguientes **objetivos**:

- Favorecer una desinstitucionalización de los pacientes con enfermedad mental
- Dar visibilidad al colectivo de enfermedad mental fuera del contexto hospitalario
- Proporcionar información a la población general, capacitando así a los usuarios para contribuir a una mayor sensibilización y ocupación social y laboral de los mismos.
- Ofrecer la oportunidad de formar una red de apoyo social a las personas con enfermedad mental
- Contribuir a la integración de pacientes con enfermedad mental en un contexto normalizado
- Considerar la terapia ocupacional como proceso fundamental en la rehabilitación de la enfermedad mental
- Garantizar un seguimiento de terapia ocupacional fuera del hospital

4. MATERIAL Y MÉTODO

Este proyecto se basará en dos modelos conceptuales propios de la terapia ocupacional: el modelo de ocupación humana (MOHO) y el modelo canadiense de desempeño ocupacional.

El MOHO tiene en cuenta los siguientes elementos:

- Capacidad de desempeño: capacidad de funcionamiento resultante de componentes físicos y mentales y de experiencia.
- Volición: los pensamientos y sentimientos volitivos se relacionan con lo que cada uno considera como importante, es decir, sus valores.
- Habitación: patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles y ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina.

Cada acción del terapeuta debe incrementar la participación ocupacional y considerar como dinámico el proceso de cambio. Como premisa el usuario debe ser partícipe de su propia rehabilitación, teniendo en cuenta sus intereses y sus valores. La significación de la ocupación es innata para dominar el ambiente.

Diagrama evaluación de MOHO

<p>¿Es un interés personal?</p>	<p><u>Causalidad personal actual</u> (sentido de autoeficacia y competencia). <u>Volición</u></p>	<p>¿Valor en el pasado? ¿Cómo se sintió en el pasado al realizar la actividad?</p>
<p>¿Tienes alguna dificultad con respecto a tus capacidades objetivas/subjetivas para no hacer dicha actividad?</p>	<p><u>Hábitos, rutinas</u> y listado de <u>roles</u>. ¿Tiempo que te gustaría dedicarle?</p>	<p>Ambiente: físico y social ¿Tienes apoyos?</p>

Según el modelo de ocupación humana el ocio y tiempo libre está formado por los siguientes elementos: situación personal, valores, intereses, roles, hábitos y ambiente.

Por otro lado, el modelo canadiense tiene en cuenta tal y como refleja la gráfica la relación entre las personas, su ambiente y la ocupación, que resulta en el desempeño ocupacional de la persona a lo largo de su vida.



- Se considera que si la persona tiene siempre una ocupación estará motivado.

- Busca que el usuario sea lo más autónomo posible, implicándolo desde el principio en el proceso y teniendo en cuenta su criterio para la toma de decisiones.
- La espiritualidad es el centro del sujeto. Se consideran como componentes de la personalidad los siguientes factores:
 - Factor físico: funciones sensoriales, motoras y sensoriomotoras
 - Factor afectivo: funciones sociales y emocionales
 - Factor cognitivo: funciones mentales.
- Se reconoce que los problemas de desempeño ocupacional pueden dividirse en:
 - Factores personales: como diversidad funcional.
 - Factores ocupacionales: como una ocupación no acorde con la época.
 - Factores del entorno: limitaciones en el acceso y/o la inclusión.

A continuación voy a desarrollar el proyecto ya comentado.

Los usuarios incluidos en este tendrán una edad que oscilará entre 25-40 años y un diagnóstico de esquizofrenia, de curso crónico.

La metodología del proyecto será, en un principio, desarrollar actividades individuales con el fin de crear grupos lo más homogéneos posible, además de conocer los intereses y prioridades de cada usuario. Una vez efectuado el análisis, los grupos se estructurarán con una media de participación de entre 5-8 personas.

A lo largo del proyecto, los profesionales adscritos a este programa podrán modificar los talleres según la demanda y/o necesidades del colectivo o el cumplimiento de los objetivos pautados.

Las actividades grupales se desarrollarán principalmente en el exterior, ya que por sus características tendrán un mayor beneficio, y, si las condiciones meteorológicas no lo permiten o

necesitamos de algún material auxiliar, se podría solicitar algún aula de la casa de la cultura municipal. La temática será variada encontrando talleres de ejercicio físico, ocio y tiempo libre, intervención vocacional, actividades expresivas, funcionalidad y habilidades sociales.

La evaluación inicial se realizará en la primera semana y una reevaluación al finalizar el proyecto, comparando así los resultados en una base de datos.

Las escalas seleccionadas son las siguientes:

- COMP: instrumento de valoración del modelo canadiense de desempeño ocupacional. Se utiliza para medir la satisfacción percibida y las prioridades.
- AMPS: instrumento del MOHO. Evaluación de habilidades motoras y de procesamiento. Mide la calidad de ejecución de las actividades de la vida diaria.
- SFS: escala de funcionamiento social específica en personas con esquizofrenia. Está compuesta por siete subescalas:
 1. Aislamiento/ integración social. **AIS**
 2. Comunicación interpersonal. **COM**
 3. Independencia/ ejecución. **Ae**
 4. Independencia/ competencia **Ac**
 5. Tiempo libre **O**
 6. Actividades prosociales **P**
 7. Empleo/ Ocupación **E/O**
- OQ: equilibrio ocupacional (entre actividades productivas, de esparcimiento y de autocuidado)

- Escala no estandarizada de evaluación ambiental para conocer el entorno
- WHO-DAS II: escala de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la salud (OMS). Mide las dificultades en los últimos 30 días en los siguientes dominios:

1. Comprensión y comunicación

2. Capacidad para moverse en su entorno

3. Cuidado personal

4. Relacionarse con otras personas

5. Actividades de la vida diaria

6. Participación en la sociedad.

La finalidad del proyecto es asegurar que se proporcionen en personas con esquizofrenia oportunidades de desempeño funcional para alcanzar una mayor autonomía personal, social y laboral. De esta manera, habrá una vinculación con los servicios de salud mental y se mantendrá el contacto terapéutico.

Se pretende utilizar como guía para el acceso a las demandas de la vida normalizada en comunidad como la planificación de rutinas en el día, el manejo del dinero y conductas sociales adecuadas dentro y fuera del grupo de referencia.

En definitiva, se intentará generar una sensación de autoeficacia tomando el control de su propia vida, garantizando el desarrollo de nuevos intereses o recuperando los perdidos con la instauración de la enfermedad.

A través de las siguientes actividades vamos a intentar conseguir los objetivos propuestos durante todo el proyecto. La frecuencia será de tres veces a la semana con una duración estimada de

noventa minutos, a lo largo de seis meses, que es el tiempo aproximado para la consecución de los objetivos.

- 1) Ejercicio físico: senderismo para mejorar la condición física (previamente cada usuario se ha establecido los objetivos que quiere conseguir), mayor socialización y disfrute del entorno natural. Posibilidad de realizar relajación al terminar la jornada para proporcionar una mejor conciencia corporal y vuelta a la cama.
- 2) Actividades expresivas: crear y participar en un teatro abierto a todos los públicos en el que se aborde el tema de la enfermedad mental para trabajar el estigma, potenciar el sentimiento de autoeficacia, mejorar la comunicación emocional, el autoconocimiento, la creatividad, la persistencia en un proyecto y el establecimiento de roles.
- 3) Intervención vocacional: búsqueda de información por internet y diferentes medios de comunicación, organizar una salida para conocer los recursos laborales y formativos del municipio y provincia con el fin de obtener un perfil laboral adaptado a sus necesidades y fortalezas.
- 4) Funcionalidad: taller de higiene personal en el que se practique el maquillaje y el afeitado y disponer de un piso para practicar en otra sesión la realización de una comida o postre.
- 5) Habilidades sociales: dinámicas de grupo en las que variará el contenido dependiendo del conocimiento y cohesión del grupo, evolucionarán desde la presentación y la exposición de sus intereses hacia temas más profundos como la verbalización de las virtudes de los compañeros.
- 6) Ocio: organizar visitas a algún lugar emblemático o acontecimiento que se de en un lugar próximo como un cine fórum y finalmente, cenar. Las salidas son una buena forma de afianzar lo trabajado en el resto de apartados, proporcionando un entorno natural, además de instruir en herramientas para un ocio saludable, disfrute del tiempo libre y observar las estrategias de relación.

ORGANIGRAMA DE LAS SESIONES PLANTEADAS

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
90'	Sesión individual	-	Sesión individual	-	Sesión individual
90'	Ejercicio físico: Senderismo	-	Salida ocio	-	Taller habilidades sociales
90'	Funcionalidad: higiene personal/alimentación	-	Actividades expresivas: Teatro	-	Intervención vocacional
90'	Ejercicio físico: Gimnasio	-	Salida ocio	-	Actividades expresivas: Teatro

Ejemplo de una sesión de tipo ejercicio físico (siempre se seguirá la misma estructura, solo cambiará el contenido):

- *Ritual de entrada.*

Saludo, en el que quien lo precise, compartirá con el resto algo a destacar que le haya pasado durante la semana. Además se contextualizará en día, mes y año.

- *Sesión.*

En el día de ejercicio físico previamente se decidirá en consenso donde les apetece ir y que tareas se van a realizar, además de aconsejar los materiales necesarios. La actividad será guiada y se favorecerá un entorno de confianza y disfrute.

- *Vuelta a la calma.*

Ejercicios de relajación y estiramientos. Simultáneamente, a modo de feedback, cuentan cómo se han sentido durante el desarrollo de la actividad.

- *Despedida.*

5. DISCUSIÓN

Llegados a este punto cabe mencionar las fortalezas y debilidades con las que contamos en la puesta en marcha de este proyecto.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que los pacientes con enfermedad mental, concretamente con diagnóstico de esquizofrenia, por su condición de salud y las estadísticas existentes al respecto, son susceptibles a sufrir recaídas y desestabilización de su sintomatología en gran medida, debido a diferentes factores que pueden aparecer en cualquier momento: estresores en el entorno, consumo de sustancias, abandono de tratamiento, etc...

En segundo lugar, como punto desfavorable, al no incidir expresamente a nivel familiar, que es la primera red de apoyo fundamental, no podemos saber que probabilidad de mantenimiento y éxito tiene el programa, por ello puede suceder un abandono del mismo. No obstante, el proyecto incide en varios aspectos de la persona con el fin de empoderarlo en su totalidad y crear lazos sociales dentro y fuera del grupo de referencia.

La estructura sanitaria aún no ha contemplado la posibilidad de incluir el ocio dentro del tratamiento, sin embargo, la reforma psiquiátrica ha dado paso a una perspectiva más amplia.

Como punto a favor las actividades planteadas no son de gran impacto económico.

En el caso de los terapeutas ocupacionales, con el paso del tiempo, se van equiparando en número con el resto de profesionales sanitarios presentes en la rehabilitación psiquiátrica, y cuando se habla de ocio, se tiene claro su presencia en el equipo de trabajo

Muestra de ello, presento los siguientes gráficos:

RECURSOS HUMANOS

Composición básica:

- Psiquiatría
- Psicología
- Enfermería
- Auxiliar administrativo

Otros:

- Auxiliar enfermería
- Terapia ocupacional
- Trabajo social
- Monitor de rehabilitación

PSIQUIAT.	PSICOLOG.	T. SOCIAL	ATS/DUE	TERAP. OCUP.	AUX. ENF.	PERSONAL ADM.
85	53	23	127	7	263	15

Año 2009

DISPOSITIVOS

USM	USM-IJ	UHB	HD	UCR	UME	UTCA
9	4	6	5	5	3	1

Año 2009

En el caso de Islas Baleares, con datos correspondientes al año 2009, contempla en su plantilla de trabajo 7/573 plazas para terapeutas ocupacionales,

Se muestra a continuación el resumen con el número de plazas y coste que conlleva la puesta en marcha del Plan de Salud Mental 2015-2020.

RESUMEN PLANTILLA NECESARIA PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2015-2020		
DENOMINACIÓN	Nº PLAZAS	COSTE
Psiquiatras	6,1	348.993,88
Psicólogos clínicos	19,1	1.092.751,38
Enfermeras especialistas.	5,2	168.197,69
Trabajador Social	1,5	47.490,52
Terapeuta Ocupacional	4	128.341,38
Pedagogo T/P	1	40.143,35
Auxiliar Admtvo T/P	1	22.285,09
Auxiliar Enfermería T/P	1	21.791,88
Administrativo	1	24.815,15
Profesional Analista	1	40.143,35
TOTAL	40,9	1.934.953,67

Asturias para la futura puesta en marcha del plan de salud mental considera en la plantilla 4/40.9 plazas, que en proporción aumentaría el número de terapeutas ocupacionales en esta.

Por último, habría que tener en cuenta la predisposición de los diferentes establecimientos con los que queremos contar y la receptividad de la población a conocerlos y cambiar su perspectiva.

6. CONCLUSIÓN

Como hemos visto en el desarrollo del proyecto es fundamental incidir, no solo dentro de la estructura sanitaria, sino también en la sociedad general si queremos que haya un cambio de visión al respecto y una verdadera integración en la comunidad para las personas con esquizofrenia.

Este proyecto pretende ofrecer un nuevo paradigma acerca de la salud mental dejando atrás perspectivas reduccionistas y aplicando una práctica integral.

La realidad es que la situación de estigma es más fácil de perpetuar si no hay una apertura en la sociedad y una participación activa en ella.

Se han pretendido trabajar objetivos tanto para las personas con enfermedad mental como la población en general algunos de ellos son: favorecer una desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental, proporcionar información a la población general y capacitar a los usuarios para contribuir a una mayor sensibilización y ocupación social y laboral de los mismos.

La investigación al respecto afirma que un tratamiento fuera del ámbito hospitalario supone una reducción de recaídas, menor institucionalización y un menor riesgo de suicidio.

Si nos centramos en una visión holística y contemplamos a la persona en su totalidad, no solo biológicamente, podemos ofrecerle mayor oportunidad de generalizar las herramientas proporcionadas y no tener una dependencia del hospital. Entre otras cosas, el empleo supone una mayor integración, una mayor independencia económica, reducción de la medicación y un mayor bienestar personal.

Este tratamiento supone un entorno de confianza, cohesión y apoyo mutuo, además de empoderar la figura de la terapia ocupacional.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] López, M. and Laviana, M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid. 2007; vol. 27(1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016

[2] Picton, C., Moxham, L. & Patterson, C. Therapeutic recreation for people with a mental illness is beneficial. Australian Nursing and Midwifery Journal, (2016). 23 (10), 39-39.

Disponible en: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4886&context=smhpapers>

[3] García, J. Terapia Ocupacional en Salud Mental. 2017. Disponible en:

<http://jvtalavera.blogspot.com.es>

[4] De las Heras C, Geist R, Kielhofner G, Yanling L. Cuestionario Volicional. *Instrumento de Evaluación del Modelo de la Ocupación Humana*. 1998. 4.1. Disponible en:

<https://es.slideshare.net/NataliaLindel/vq-9>

[5] Janssen-Cilag S.A. Recaídas en la Esquizofrenia: principales riesgos y causas. (2011-2017)

Disponible en: <http://www.esquizofrenia24x7.com/prevenir-recaidas>

[6] López Santiago, J. Blas, L, Gómez M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2012. 17(1), p.1.

Disponible en: http://www.aepp.net/arc/01_2012_n1_lopez_blas_gomez.pdf

[7] Malone, D. Marriott, S. Newton Howes, G. Simmonds, S, Tyrer, P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. 2017.

Disponible en: http://www.cochrane.org/CD000270/SCHIZ_community-mental-health-teams-for-people-with-severe-mental-illnesses-and-disordered-personality

[8] Durante Molina, P. Noya Arnaiz B. Moruno Miralles, P. Terapia ocupacional en salud mental. 1ª Ed. Barcelona: Masson; 2001.

[9] Psychiatric Association, A. (n.d.). DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial. 1ªed. Editorial Médica Panamericana; 2015.

[10] Medios de comunicación. 2016. Disponible en: <http://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=106>

[11] American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.

[12] OMS. Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10). 8ªEd. 2008.

[13] Sánchez Rodríguez, O., Polonio López, B. and Pellegrini Spangenberg, M. Terapia ocupacional en salud mental. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.

[14] Confederación Española de Agrupación de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES). Salud mental y medios de comunicación. Guía de estilo. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludMental/docs/Salud_Mental_Guia_de_estilo.pdf

[15] Muñoz M., Pérez Santos E., Crespo M., Guillén A.I. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 1ªEd. Madrid: Editorial Complutense; 2009. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>



8. Anexos

Anexo I. Escalas de valoración

- WHODAS 2.0

Medidas de evaluación

747

WHODAS 2.0 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0 Versión de 36-preguntas, Auto-administrable

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer Fecha: _____

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

Escala numérica para cada ítem		1	2	3	4	5
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
Comprensión y Comunicación						
D1.1	¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.2	¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.3	¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.4	Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.5	¿Entender en general lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D1.6	¿Iniciar o mantener una conversación?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)						
D2.1	¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.2	¿Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.3	¿Moverse dentro de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.4	¿Salir de su casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D2.5	Andar largas distancias, como un kilómetro (o algo equivalente)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Cuidado personal						
D3.1	¿Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.2	¿Vestirse?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.3	¿Comer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D3.4	¿Estar solo(a) durante unos días?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	¿Relacionarse con personas que no conoce?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.2	¿Mantener una amistad?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.3	¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.4	¿Hacer nuevos amigos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
D4.5	¿Tener relaciones sexuales?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

748

Medidas de evaluación

Escala numérica para cada ítem		1	3	3	4	5	Para uso del clínico exclusivamente		
En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:							Puntuación Bruta del ítem	Puntuación Bruta del dominio	Puntuación promedio del dominio
Actividades de la vida diaria									
D5.1	Cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.2	¿Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.3	¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo	20	5	
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Trabajo y actividades escolares									
Si la "persona" trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario vaya al dominio 6.1									
Debido a su condición de salud en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para									
D5.5	¿Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.6	¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D5.7	¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo	20	5	
D5.8	¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Participación en Sociedad									
En los últimos 30 días:									
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido la para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.4	¿Cuánto tiempo ha dedicado a su «condición de salud» o a las consecuencias de la misma?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo	40	5	
D6.5	Cuánto le ha afectado emocionalmente su «condición de salud»?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido usted o su familia su «condición de salud»?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido usted o su familia debido a su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo			
Puntuación general de discapacidad (Total)							180	5	1
H1	En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?						Anote el número de días		
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo realizar nada de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?						Anote el número de días		
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?						Anote el número de días		

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

- SFS

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS)
(BIRCHWOOD ET AL., 1990)

PRIMERA SECCION: AISLAMIENTO

NOMBRE.....FECHA.....

RESUMEN DE PUNTUACIONES	
AREAS	Puntuaciones transformadas
Retiro / implicación social	_____
Funcionamiento interpersonal	_____
Actividades Prosociales	_____
Ocio	_____
Autonomía / Competencia	_____
Autonomía / Desempeño	_____
Empleo	_____
PUNTUACIÓN TOTAL (MEDIA)	_____

Primera parte

1. ¿ A que hora se levanta a diario ?
- Promedio días laborales 3: <9 am
2: 9 am a 11 am
1: 11 am a 1 pm
0: >1 pm
- Promedio fin de semana (si es diferente)
2. ¿ Cuantas horas al día pasa solo ?
(ej. solo en su habitación, paseando solo, escuchando radio o viendo televisión solo, etc.)

Cuente el numero de horas que pasa solo por termino medio al día y señale una de las siguientes opciones:

Horas pasadas solo

0 - 3	Muy poco tiempo solo	<input type="checkbox"/>	3
3 - 6	Algo de tiempo solo	<input type="checkbox"/>	2
6 - 9	Bastante tiempo solo	<input type="checkbox"/>	1
9 - 12	Una gran parte de tiempo solo	<input type="checkbox"/>	0
12 -	Prácticamente todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	

3. ¿ Con que frecuencia comienza el/ella una conversación en casa ?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

4. ¿ Con que frecuencia sale de casa el/ella (por algún motivo) ?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

5. ¿ Como reacciona el/ella ante la presencia de extraños ?

0	1	2	3
Evitádoles	Poniéndose nervioso	Aceptádoles	Le gusta

FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL

Segunda parte

1. ¿ Cuantos amigos tiene en la actualidad ?
(personas que el ve regularmente, con quien comparte actividades, etc..)
Numero de amigos
2. ¿ Tiene alguien con quien comentar sus problemas y sentimientos ?
3 = SI / 0 = NO
3. ¿ Con que frecuencia ha confiado en ellos ?
- | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|-----------|---------|----------|
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |
4. ¿ Discute otra gente sus problemas con él ?
- | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|-----------|---------|----------|
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |
5. ¿ Tiene novia/a ? (si no está casado) (si esta casado = 3)
3 = SI / 0 = NO
6. ¿ Ha tenido alguna discusión o pelea con sus amigos, familiares o vecinos recientemente ?
- | 3 | 2 | 1 | 0 |
|---------|---------------|-------------------------------|----------------|
| Ninguna | 1 o 2 menores | Continuas menores o una mayor | Muchas mayores |
7. ¿ Con que frecuencia es usted capaz de mantener una conversación sensata o racional con él ?
- | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|-----------|---------|----------|
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |
8. ¿ Como de facil o de dificil encuentra el/ella hablar con la gente en la actualidad ?
- | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 |
|-----------|----------------|---------|------------------|-------------|
| Muy facil | Bastante facil | regular | Bastante dificil | Muy dificil |
9. ¿ Se siente incomodo estando entre un grupo de gente ?
- | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------|-----------|---------|----------|
| Casi nunca | Raramente | A veces | A menudo |
10. ¿ Prefiere estar acompañado ?
- | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------|---------|-----------|------------|
| A menudo | A veces | Raramente | Casi nunca |

ACTIVIDADES PROSOCIALES

Tercera parte

Seleccione la columna que mejor indique la frecuencia con la que ha participado en alguna de las siguientes actividades en los tres últimos meses.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Cine				
Teatro/ conciertos, etc.				
Ver deporte de cancha cubierta (Baloncesto, fútbol sala..)				
Ver deportes de campo (fútbol, Bolos...)				
Galerías de Arte/ Museos				
Exhibiciones				
Visitar sitios de interés				
Reuniones, tertulias.....				
Clases nocturnas				
Visitar familiares en sus casa				
Ser visitado por familiares				
Visitar amigos				
Ser visitado por amigos				

ACTIVIDADES PROSOCIALES

Tercera parte

Seleccione la columna que mejor indique la frecuencia con la que ha participado en alguna de las siguientes actividades en los tres últimos meses.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Cine				
Teatro/ conciertos, etc.				
Ver deporte de cancha cubierta (Baloncesto, fútbol sala..)				
Ver deportes de campo (fútbol, Bólos...)				
Galerías de Arte/ Museos				
Exhibiciones				
Visitar sitios de interés				
Reuniones, tertulias.....				
Clases nocturnas				
Visitar familiares en sus casa				
Ser visitado por familiares				
Visitar amigos				
Ser visitado por amigos				

SEGUNDA SECCIÓN : ACTIVIDADES DE OCIO

Por favor seleccione la columna adecuada para indicar con que frecuencia el/ella ha hecho alguna de las siguientes actividades en los tres últimos meses

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Tocar instrumentos musicales				
Costura, tejer.				
Jardinería				
Lectura				
Ver televisión				
Escuchar música o radio				
Cocinar				
Juegos de mesa (cartas, parchis...)				
Reparar cosas (coche, bicicleta, reparaciones caseras)				
Pasear, excursiones				
Hobby (ej. coleccionar cosas)				
Nadar				
Ir de tiendas				
Actividades artísticas(pintura..)				

	1	2	3
	Raramente	A veces	A menudo
¿ Algún otro pasatiempo ?			

TERCERA SECCIÓN : INDEPENDENCIA (C)

Por favor ponga una cruz en cada ítem para indicar la habilidad que tiene su familiar al utilizar los siguientes recursos:

	3	2	1	0
	Adecuadamente (sin ayuda)	Necesita ayuda(o estímulo)	Incapaz (o con mucha ayuda)	No sabe
Transporte público				
Manejar dinero				
Presupuestar algo				
Cocinar para el				
Hacer compras semanales				
Buscar empleo				
Lavar su propia ropa				
Higiene personal				
Lavar, Limpiar,etc.				
Comprar en tiendas				
Salir solo de casa				
Elegir y comprar su ropa				
Cuidar su apariencia personal				

INDEPENDENCIA (D)

Por favor señale en la columna correspondiente para indicar la frecuencia con la que su familiar ha realizado las siguientes cosas en los últimos tres meses.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Comprando solo artículos en tiendas (sin ayuda)				
Limpiar y fregar los platos				
Lavar su propia ropa				
Buscar un empleo (si esta en paro)				
Comprar comida en la tienda				
Cocinar				
Usar autobuses, trenes,...				
Salir solo de casa				
Usar dinero				
Hacer presupuestos				

CUARTA SECCIÓN : EMPLEO

1. ¿ Tiene el/ella empleo regular (incluyendo empleo protegido o cursos de rehabilitación o de reentrenamiento) ?

SI / NO

Si si : ¿ Que clase de trabajo ? _____

¿ Cuantas horas trabaja cada semana ? _____

¿ Cuanto hace que tiene ese trabajo ? _____

Si no : ¿ Cuando fue la última vez que trabajó ? _____

¿ Que clase de trabajo era ? _____

¿ Cuantas horas por semana ? _____

2. Si no trabaja :

¿ Tiene certificado de incapacidad ? SI / NO

¿ Asiste a un hospital de día como paciente ? SI / NO

¿ Piensa usted que es capaz de realizar alguna clase de trabajo ?

Si, sin duda / Difícilmente podría / No, sin duda

¿ Con que frecuencia intenta buscar empleo (ir al INEM, en la prensa..etc ?

Casi nunca / Raramente / A veces / A menudo

3. Si no trabaja :

¿ Como emplea habitualmente su tiempo ?

Por la mañana : _____

Por la tarde : _____

Por la noche : _____

- AMPS

Organización Temporal
INICIAR las acciones o los pasos de las tareas sin latencia
CONTINUAR las acciones hasta completarlas
SECUENCIAR lógicamente los pasos de las tareas
TERMINAR las acciones o los pasos en el momento apropiado
Clave de evaluación: A = adecuado; D = dificultad, MD = marcadamente deficiente

Espacio y objetos
BUSCAR y LOCALIZAR las herramientas y los materiales
REUNIR las herramientas y los materiales en el lugar de la tarea
ORGANIZAR las herramientas y los materiales en una forma ordenada, lógica y espacialmente apropiada
RESTABLECER: ordenar las herramientas y los materiales o reacomodar el lugar de trabajo
SORTEAR: maniobrar la mano y el cuerpo alrededor de los obstáculos
Adaptación
NOTAR Y RESPONDER apropiadamente a los indicios ambientales no verbales relacionados con la tarea
ACOMODAR: modificar la propia acción para superar los problemas
AJUSTAR: modificar el espacio de trabajo para superar los problemas
BENEFICIARSE: evitar la recurrencia o la persistencia de los problemas
Clave de evaluación: A = adecuado; D = dificultad, MD = marcadamente deficiente

Habilidades motoras	A	D	MD
Postura			
ESTABILIZAR el cuerpo para el equilibrio			
ALINEAR el cuerpo en posición vertical			
POSICIONAR el cuerpo o los brazos en forma apropiada a la tarea			
Movilidad			
DEAMBULAR: moverse en el medio ambiente de la tarea (superficie a nivel)			
ALCANZAR los objetos de la tarea			
DOBLAR o rotar el cuerpo en forma apropiada para la tarea			
Coordinación			
COORDINAR dos partes del cuerpo para estabilizar en forma segura los objetos de la tarea			
MANIPULAR los objetos de la tarea			
FLUIR: ejecutar movimientos suaves y fluidos con los brazos y las manos			
Fuerza y esfuerzo			
MOVER: empujar y tirar de los objetos de la tarea sobre las superficies a nivel o abrir y cerrar puertas o cajones			
TRANSPORTAR los objetos de la tarea de un lugar a otro			
LEVANTAR objetos utilizados durante la tarea			
CALIBRAR: regular la fuerza y la extensión de los movimientos			
AGARRAR: mantener una presión segura sobre los objetos de la tarea			
Energía			
RESISTIR mientras dure la ejecución de la tarea			
Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea			
Habilidades de procesamiento			
Energía			
Mantener un RITMO uniforme y apropiado durante la ejecución de la tarea			
Mantener la ATENCIÓN selectiva durante toda la ejecución de la tarea			
Uso del conocimiento			
ELEGIR las herramientas y los materiales apropiados necesarios para ejecutar la tarea			
UTILIZAR los objetos de la tarea según los propósitos para los que están destinados			
Saber cuándo y cómo estabilizar y sostener o ASIR los objetos de las tareas			
COMPRENDER el objetivo de la tarea especificada			
INVESTIGAR: preguntar la información necesaria			