

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



**“DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA
OCUPACIONAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE
INSTITUCIONALIZADAS”**

Autor/a: MAGDALENA CUESTA, MARIA

Tutora: BENAVIDES GIL, GEMMA

Departamento y Área: Dpto. Ciencias del Comportamiento y Salud. Área Psicología Básica.

Curso académico: 2023/2024

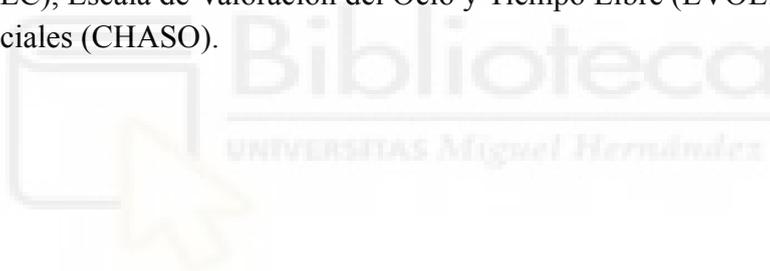
Convocatoria de: JUNIO

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Objetivo.....	8
3. Población a la que va dirigido el programa.....	8
4. Descripción del Programa.....	9
4.1. Bloque 1.....	12
4.2. Bloque 2.....	15
4.3. Bloque 3.....	17
4.4. Bloque 4.....	19
4.5. Bloque 5.....	22
4.6. Bloque 6.....	25
5. Evaluación del Programa.....	26
6. Presupuesto.....	29
7. Referencias.....	30
8. Anexos.....	33

RESUMEN

Se entiende como enfermedad mental crónica o grave aquella con síntomas de psicosis funcional que provoca discapacidades persistentes y que puede requerir ingreso en centros residenciales. Siendo la principal causa de años perdidos por discapacidad, se necesitan intervenciones tempranas y completas, que incluyan además del tratamiento farmacológico y psicológico, intervenciones basadas en la evidencia relacionadas con el estilo de vida. Se propone un plan de intervención desde la Terapia Ocupacional para personas con enfermedad mental grave institucionalizadas, con los objetivos específicos de: recuperar habilidades motoras, cognitivas y sociales, así como su participación en actividades significativas, mejorar su conciencia y manejo de la enfermedad y sus síntomas negativos y desarrollar hábitos de vida saludables. Tendrá una duración total de 3 meses, con grupos de entre 5 y 10 personas y tres sesiones semanales. Un total de 36 sesiones que estarán basadas en el modelo de la ocupación humana, interviniendo en áreas como: manejo de la enfermedad, entrenamiento en habilidades sociales, cognitivas y de autocuidado, autonomía, ocio, comunicación y prelaborales. Se llevará a cabo una evaluación tanto al inicio como al final con el objetivo de valorar de una forma empírica el proceso, a través de pruebas como: Escala de valoración de la No Conciencia de Trastorno Mental (SUMD), Medida de Independencia Funcional (FIM), Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre (EVOLT) y Cuestionario de habilidades sociales (CHASO).



Palabras clave: enfermedad mental grave, terapia ocupacional, intervención, rehabilitación, atención residencial

ABSTRACT

Chronic or severe mental illness is understood to be one with symptoms of functional psychosis that causes persistent disabilities and that may require admission to residential centers. Being the main cause of years lost due to disability, early and complete interventions are needed, which include, in addition to pharmacological and psychological treatment, evidence-based interventions related to lifestyle. An intervention plan is proposed from Occupational Therapy for institutionalized people with severe mental illness, with the specific objectives of: recovering motor, cognitive and social skills, as well as their participation in meaningful activities, improving their awareness and management of the disease and its negative symptoms and develop healthy lifestyle habits. It will last a total of 3 months, with groups of between 5 and 10 people and three weekly sessions. A total of 36 sessions will be based on the human occupation model, intervening in areas such as: disease management, training in social, cognitive and self-care skills, autonomy, leisure, communication and pre-work. An evaluation will be carried out both at the beginning and at the end with the objective of empirically assessing the process, through tests such as: Non-Awareness of Mental Disorder Assessment Scale (SUMD), Functional Independence Measure (FIM), Daily Living Skills Profile (LSP), Cognitive Mini-Exam (MEC), Leisure and Free Time Assessment Scale (EVOLT) and Social Skills Questionnaire (CHASO).



Key words: severe mental illness, occupational therapy, intervention, rehabilitation, residential care

1. INTRODUCCIÓN

Antes de definir lo que entendemos por enfermedad mental, debemos recordar el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sostiene que es la presencia de un completo equilibrio físico, mental y social, entendiendo entonces que la enfermedad mental es la pérdida de este equilibrio expresándose en la mente (1). Así, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), define como trastorno mental aquel síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, reflejando una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental y estando asociado habitualmente a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (2).

Cuando hablamos de trastorno mental grave (TMG) o enfermedad mental grave y duradera (EMGD), incluimos a aquellas personas que padecen síntomas de psicosis funcional y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes. Dentro de estos trastornos encontramos: esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos, trastorno bipolar y grupo de trastornos afectivos mayores y otros trastornos como los trastornos de la personalidad (3). Según Ruggeri et al., los TMG se definen en base a tres criterios diagnósticos: diagnóstico de cualquier psicosis no orgánica, duración del tratamiento de dos años o más y disfunción moderada o severa del funcionamiento global (laboral, social y familiar), medida por la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) de la Asociación Americana de Psiquiatría (4).

Entre los síntomas más importantes dentro de los TMG, encontramos alteraciones del pensamiento (ideas delirantes), del estado de ánimo (depresión o euforia), de la sensopercepción (alucinaciones), neurocognitivas, de la conducta (agresividad o intentos de suicidio), del control de impulsos y síntomas negativos (anhedonia), por las cuales presentan

dificultades en la funcionalidad (autocuidado, autonomía personal, control de la conducta o motivación) y en la participación (interpersonal, servicios sanitarios o sociales, ocio, laboral o asociativa) (3).

Las enfermedades mentales son, cada vez con más frecuencia reconocidas como discapacitantes y crónicas y se asemejan cada vez más a enfermedades como la diabetes o el cáncer desde el punto de vista de su gravedad y coste, por ello representan un importante problema de salud pública y deben ser atendidas correctamente (5). Se observa que aproximadamente, un tercio de las personas experimenta su primer trastorno mental antes de los 14 años, mientras que casi la mitad lo experimenta a los 18 años (48,4%) y el 62,5% lo experimenta antes de los 25 años. Estando asociados al comienzo de cambios biológicos dramáticos en el cerebro y revelando la importancia de planificar intervenciones tempranas y preventivas durante la adolescencia y los jóvenes adultos (6).

Según la OMS en su Informe Salud Mental en el Mundo 2001, las enfermedades neuropsiquiátricas contribuyen con el 12,3 % de la carga de los años vividos por discapacidad, constituyendo la segunda causa de carga social por enfermedad crónica en Europa tras las enfermedades cardiovasculares. La magnitud del problema se ratifica en su informe del año 2022, donde determina que 1 de cada 8 personas en el mundo sufre algún trastorno mental, siendo la principal causa de años perdidos por discapacidad, preocupando especialmente la esquizofrenia, que afecta ya a 1 de cada 200 adultos en el mundo (7,8). Así, la Unión Europea enfrenta un impacto económico a nivel mundial por los problemas de salud mental, el cual se calcula en un rango de entre 3% y el 4% del Producto Interior Bruto (PIB), abarcando costes por atención médica, gastos asumidos por las familias y daños derivados de la disminución de la productividad (3).

Las personas que sufren TMG generan una importante demanda tanto a nivel social como para los dispositivos destinados a la Salud Mental (9). Así, si no se recuperan de sus

síntomas y aparecen discapacidades duraderas pasarán a la red de servicios específicos de Rehabilitación Psicosocial, donde una gran parte de los usuarios requerirán apoyo sostenido en el tiempo debido a su elevado nivel de discapacidad (manifestado por recaídas periódicas o dificultades para sostener su red social o para su independencia). En este perfil se hace necesario plantear medidas de apoyo a largo plazo como los centros residenciales, enfocados a usuarios de evolución crónica o institucionalizados que necesitan un apoyo de vivienda por carencia o inadecuación de esta y que se plantean como espacio de carácter transitorio o indefinido (4). Estas alternativas de vivienda garantizarán su calidad de vida en comunidad, previniendo la marginación, los reingresos hospitalarios y la sobrecarga familiar, entre otras. Además, tras la reforma psiquiátrica, este modelo de asistencia residencial ha tomado gran importancia y originado nuevos modelos de atención en salud mental (10).

Pese a que las terapias psicológicas como la terapia cognitivo conductual, junto con los fármacos han sido tradicionalmente los fundamentos del tratamiento de las enfermedades mentales, mostrando eficacia en la mejora de los síntomas, los resultados funcionales y la calidad de vida, asociaciones como el Colegio Real de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda, incorporan intervenciones basadas en la evidencia relacionadas con el estilo de vida, que junto con las anteriores forman el modelo biopsicosocial de estilo de vida (BPSL), que engloba aspectos como la alimentación, la actividad física, el sueño, el cese del tabaquismo o del abuso de sustancias (11). Esto se justifica en base a que las personas con TMG presentan limitaciones en: la participación en hábitos saludables, la interacción activa en la comunidad, el autocuidado o en relación con el sueño y, en conclusión, su abordaje debe implicar diferentes intervenciones, que incluyan programas como la terapia ocupacional, que desempeña un papel crucial en el tratamiento de estos pacientes mediante actividades significativas, influyendo positivamente en aspectos como la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVDs), la calidad de vida y el bienestar y salud personal (12).

2. OBJETIVO DEL PROGRAMA

El objetivo general del presente trabajo es diseñar un programa de intervención desde Terapia Ocupacional para mejorar el equilibrio ocupacional y la calidad de vida de las personas con TMG institucionalizadas de larga duración. De este objetivo general se desprenden una serie de objetivos específicos, por los que se espera que sean capaces de:

- Recuperar o adquirir habilidades motoras, cognitivas y sociales para una correcta ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Recuperar su participación en actividades significativas
- Aumentar la conciencia y mejorar el manejo de su enfermedad
- Desarrollar hábitos de vida saludables
- Desarrollar habilidades para el manejo de situaciones estresantes que puedan provocar algún tipo de brote
- Mejorar sus síntomas negativos, como la anhedonia o la pobreza afectiva

3. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO EL PROGRAMA

El programa que se detalla en el siguiente apartado va dirigido a personas con TMG institucionalizadas de larga duración. Siendo ofertado en diferentes centros residenciales para enfermos mentales crónicos de la provincia de Murcia dependientes del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) como son:

- Residencia Psicogeriátrica “Virgen del Valle”
- Centro Ocupacional “Dr. Julio López Ambit”
- Residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano”
- Asociación Asprodes

Los criterios de inclusión para poder participar en el programa de intervención son:

- Tener un diagnóstico de EMG, según los criterios del DSM-V
- Estar institucionalizado de larga duración, al menos 1 año desde su ingreso
- Tener una edad a partir de los 18 años hasta el final de la vida
- Seguir un tratamiento psiquiátrico y psicológico
- Mostrar una situación psicopatológica estable
- Presentar dificultades en el funcionamiento psicosocial, la autonomía y la realización de AVDs
- Participar de manera voluntaria en el programa

Debemos tener en cuenta también, unos criterios de exclusión, para asegurar que el programa se dirige a una población adecuada y sin riesgos:

- Presentar conductas agresivas
- Estar en fase aguda, crisis psiquiátrica o brote psicótico
- Presentar riesgo de suicidio
- Presentar enfermedad física grave o infectocontagiosa que exija asistencia médica

Es importante que todas las personas cumplan tanto los criterios de inclusión como los de exclusión para poder participar en este programa. Además, todos los participantes que intervengan deberán rellenar y firmar un consentimiento informado para así poder participar y asegurar su asistencia continuada a dicho programa (Véase Anexo 1).

4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El programa de intervención propuesto en este trabajo se fundamenta en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) (13), el cual fue desarrollado por los investigadores Kielhofner y Burke en el año 1980. Su propósito es proporcionar una comprensión integral sobre las motivaciones que guían a las personas en sus ocupaciones, los patrones que siguen en estas ocupaciones y la capacidad para ese desempeño ocupacional. Este modelo considera

al ser humano como un ser integral (cuerpo y mente), estando ambos aspectos implicados en su conceptualización en tres componentes interrelacionados:

- Volición o motivación: patrones de pensamientos acerca de uno mismo, que ocurren cuando uno anticipa, elige, experimenta o interpreta lo que uno hace. Incluyen nuestros valores (lo significativo) y nuestros intereses (lo satisfactorio).
- Habitación: proceso por el cual la ocupación es organizada en rutinas o patrones. Estos patrones de comportamiento los adquirimos por hacer elecciones volitivas repetidas.
- Capacidad de desempeño: se refiere a habilidades tanto físicas como mentales que subyacen a un desempeño ocupacional efectivo.

Estos componentes están profundamente influenciados por el entorno, puesto que sus características nos moldean a la hora de desarrollar ciertas formas de hacer las cosas o de elegir o en el desarrollo de nuestras habilidades. En conclusión, desde Terapia Ocupacional utilizaremos este modelo para evaluar a las personas con TMG en término de sus roles ocupacionales, ayudándoles a organizar sus vidas a través de intervenciones centradas en sus AVDs (14). El objetivo principal será mejorar sus capacidades funcionales y motoras y que tengan un carácter significativo para la persona, de tal manera que exista un compromiso ocupacional (9).

Se llevarán a cabo tres sesiones semanales grupales, lunes, miércoles y viernes, con un total de 36 sesiones. El programa de intervención tendrá una duración de 3 meses, formado en grupos homogéneos de mínimo 5 personas y máximo 10. Se trabaja a nivel grupal puesto que el trabajo en grupo ayudará a generar la sensación de que tienen habilidades que le permitirán manejar con éxito situaciones que previamente le han abrumado, creando así un sentimiento de competencia individual y de control del entorno, además de potenciar sus habilidades sociales. Una vez elaborados los grupos, se distribuirán a lo largo del día en diferentes horarios teniendo en cuenta el resto de las actividades que realizan. Las intervenciones se

dividirán en bloques donde trabajaremos aspectos como habilidades sociales o cognitivas, autonomía, etc. La duración de las mismas será variable, según el tema y las actividades a desarrollar, pero en general tendrán una duración de una hora u hora y media aproximadamente, en función de si se necesita o no un descanso. Resaltar que, como se ha mencionado anteriormente, las personas que participen en el programa lo harán de manera voluntaria, por lo que en la primera sesión deberán firmar la documentación sobre el consentimiento informado. Se hace conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica para garantizar el anonimato y la confidencialidad. También deberán ser informados previamente de los objetivos que queremos alcanzar, de las actividades a realizar, así como de los beneficios que esperamos obtener.

La estructura de las sesiones será similar, con una primera parte dedicada a que los participantes nos comenten cómo se sienten para conocer su estado de ánimo, después comenzará el grueso de la sesión, dedicado a las diferentes actividades planteadas para lograr nuestros objetivos y para terminar una pequeña reflexión sobre lo trabajado para conocer su punto de vista y sensaciones. A continuación, presento un cronograma de actividades, donde se puede observar la estructura y el horario que seguirán las sesiones del programa. Las sesiones de evaluación y reevaluación (que no aparecen en el mismo) se llevarán a cabo de manera individual, un día de la semana anterior al inicio de las sesiones y un día de la semana siguiente a la finalización de las mismas, respectivamente.

	PRIMER MES					SEGUNDO MES					TERCER MES				
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V
SEMANA 1	■		■		■	■		■		■	■		■		■
SEMANA 2	■		■		■	■		■		■	■		■		■
SEMANA 3	■		■		■	■		■		■	■		■		■
SEMANA 4	■		■		■	■		■		■	■		■		■

(Azul) BLOQUE 1: Introducción y psicoeducación

(Rojo) BLOQUE 2: Habilidades cognitivas

(Morado) BLOQUE 3: Habilidades de autocontrol

(Verde) BLOQUE 4: Autonomía personal

(Amarillo) BLOQUE 5: Habilidades sociales y ocio

(Rosa) BLOQUE 6: Participación Prelaboral y Asociativa

El enfoque terapéutico de estas intervenciones es de naturaleza rehabilitadora, ya que nuestra meta principal consiste en mejorar o restaurar destrezas de las que los usuarios carecían o que la propia enfermedad mental había mermado. Entre las técnicas o metodología a utilizar, encontramos: psicoeducación o técnicas de manejo de la enfermedad, cinefórum, entrenamiento en AVDs o en habilidades sociales, trabajar rutinas, técnicas de relajación y de gestión de las emociones, terapias de exposición, técnicas de gestión del dinero y de la medicación, estimulación cognitiva, arteterapia, actividades deportivas al aire libre, ludoterapia y taller prelaboral.

A continuación, se presentan los diferentes bloques que formarán el programa. En cada bloque se muestran tablas (Tabla 1-12) en las que explicaremos ejemplos de nuestras sesiones de intervención grupal, detallando número de la sesión, objetivos, técnicas o actividades y material o recursos utilizados. La información más detallada sobre el desarrollo de algunas de las sesiones se proporcionará en el apartado de anexos.

4.1. Bloque 1. Presentación y psicoeducación

Este primer bloque se centrará en una serie de sesiones introductorias diseñadas para brindar a las personas con TMG una base de comprensión y fundamentación teórica, con los objetivos de conocerse y trabajar la toma de conciencia de enfermedad a través de intervenciones psicoeducativas. Se invitará a participar a los familiares ya que en ocasiones

suelen presentar una actitud crítica e implicación negativa con los enfermos y resulta crucial incorporarles en la rehabilitación para mejorar esta relación. Este bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en las Tablas 1 y 2 se muestran las sesiones de intervención grupal con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso. La información más concreta sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo 2.

Tabla 1. “Conóceme mejor”

CONÓCEME MEJOR	
<p>Sesiones con el propósito de recabar información sobre las características de los usuarios y sus interacciones e integrar al individuo en el grupo, considerando este último como un espacio donde se llevará a cabo su proceso de recuperación. Así el usuario deja de lado su singularidad y pasa a formar parte de un colectivo compuesto por personas que enfrentan circunstancias similares a las suyas. Potenciaremos un ambiente fraterno y de confianza a través de la máxima participación de los usuarios en las actividades.</p>	
Sesiones	Objetivos
1, 7 y 13	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentarse como un integrante más del grupo y que conozcan nuestra función ● Conocerse entre ellos mismos desde diferentes perspectivas ● Integrarse y mejorar su participación en grupo ● Potenciar sus relaciones sociales ● Crear un clima de confianza y un ambiente seguro donde expresarse
Técnicas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación del Terapeuta y su papel y beneficios en enfermedad mental (Sesión 1) ● Presentación de los participantes a través de la técnica de “La Telaraña” (Sesión 7) y a través de la técnica “Mi Fotografía” (Sesión 13) 	

- Potenciar el clima de compañerismo e integración a través de la técnica “El amigo secreto” (al finalizar todas las sesiones)

Material necesario

Sala amplia, sillas, mesas, proyector, ovillo de lana, fotografías, folios y lápices

Tabla 2. “Nuestra enfermedad”

NUESTRA ENFERMEDAD	
<p>Sesiones psicoeducativas enfocadas a los usuarios y a sus familias, creadas para aumentar conocimientos sobre la enfermedad y actitudes positivas ante la misma. Trabajaremos el concepto de enfermedad mental, tipos, su curso y evolución, estigmas, síntomas y pródromos, tratamientos y sus posibles efectos secundarios, conductas habituales, incompatibilidad entre enfermedad mental y sustancias tóxicas, consecuencias a nivel personal o sociofamiliar...etc. todo ello también estará enfocado en mejorar su motivación y adherencia al tratamiento. La semana previa a la sesión, se informará a las familias de la posibilidad de participar en las mismas.</p>	
Sesiones	Objetivos
19, 25 y 31	<ul style="list-style-type: none"> ● Potenciar la responsabilidad y autonomía personal a través de una información clara y asequible ● Aumentar sus conocimientos sobre las enfermedades mentales (tipos, causas, síntomas, tratamientos, evolución,etc.) ● Adquirir una mínima conciencia real de enfermedad ● Conocer las consecuencias de su enfermedad en el día a día ● Desmitificar la enfermedad mental y disminuir sentimientos de culpabilidad de las familias
Técnicas	
<p>Cada sesión estará dividida en 4 partes:</p>	

- Charla informativa (proporcionaremos información relevante sobre diferentes enfermedades mentales: sus síntomas, causas, tratamientos, medicación y sus efectos secundarios, estrategias de afrontamiento, etc.) con turno de preguntas y respuestas. Información distribuida en las tres sesiones y presentada al comienzo de las mismas
- Fichas explicativas sobre esquizofrenia u otros trastornos mentales (con tipos, definición y síntomas negativos y positivos...etc. y donde se leerán y entenderán para realizar una serie de ejercicios de comprensión sobre la información aportada)
- Discusión en Grupo: donde los participantes compartirán sus experiencias, ideas y preocupaciones sobre su enfermedad. Esto puede ayudar a reducir el estigma, promover la empatía y construir una red de apoyo entre los participantes
- Ejercicio de Reflexión: donde los participantes puedan explorar sus propias creencias, prejuicios y actitudes hacia la enfermedad mental

Material necesario

Sala amplia, mesas, sillas, proyector, fichas explicativas, folios y lápices

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos:

- Fichas explicativas (véase Anexo 3).

4.2 Bloque 2. Habilidades cognitivas

El bloque 2 está enfocado en el trabajo de habilidades cognitivas, basándonos en la premisa de que los deterioros cognitivos asociados a estas psicosis graves repercuten en el autocuidado, la motivación y las habilidades sociales. El objetivo será mejorarlas evitando que progrese un mayor deterioro y proporcionar estrategias de procesamiento, para favorecer su adaptación social y la adquisición de habilidades mejorando así su desempeño ocupacional. Durante las sesiones, en ocasiones será necesaria la ayuda del psicólogo del centro. El deterioro cognitivo se valorará en la sesión inicial de evaluación a través de instrumentos estandarizados y en función de los resultados, se elaborarán tres grupos de trabajo. Este

bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en la Tabla 3 se muestra un ejemplo de sesión de intervención grupal, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso. La información más concreta sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo 4.

Tabla 3. “Flexibilidad cognitiva”

FLEXIBILIDAD COGNITIVA	
Sesiones dedicadas a potenciar y ejercitar la flexibilidad cognitiva. Destinadas a mejorar el funcionamiento cognitivo en quienes presentan déficits para intentar lograr una mayor competencia en la realización de las AVDs y en el funcionamiento social.	
Sesiones	Objetivos
2, 8, 14, 20, 26 y 32	<ul style="list-style-type: none"> ● Minimizar su disfuncionalidad en AVDs y a nivel social ● Ejercitar y potenciar su flexibilidad cognitiva ● Potenciar funciones cognitivas como la memoria, la memoria de trabajo, la atención y el lenguaje ● Ejercitar la creatividad, la imaginación y el razonamiento abstracto
Técnicas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Realización de una aproximación al significado de “flexibilidad cognitiva” mediante la técnica lluvia de ideas ● Ejercicios con palabras: “polisémicas” o “con significado similar” o “categorías” ● Ejercicios de descripción de objetos ● Ejercicios con “láminas de cancelación” 	
Material necesario	
Sala amplia, mesas, sillas, proyector, folios y lápices, fotocopias de los ejercicios	

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos:

- Ejercicios con palabras (véase Anexo 5).
- Láminas de cancelación (véase Anexo 6).

4.3 Bloque 3. Habilidades de autocontrol

En este bloque nos centraremos en trabajar habilidades de autocontrol, ya que suelen presentar dificultad en el control de impulsos, así como en la capacidad de expresar emociones debido a sus síntomas negativos o como efecto secundario de la medicación. El objetivo será la prevención de posibles crisis, el manejo del estrés y la ansiedad, el reconocimiento de emociones y la resolución de conflictos que impactan de manera negativa en su calidad de vida, perturbándoles y generando percepciones negativas sobre ellos mismos. Este bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en las Tablas 4 y 5 se muestran ejemplos de intervención grupal, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso. La información más concreta sobre el desarrollo de cada una de las sesiones se presenta en el Anexo 7.

Tabla 4. “Manejo de emociones”

MANEJO DE EMOCIONES	
Sesiones dedicadas al conocimiento sobre las emociones, cuáles son las emociones básicas y que es la inteligencia emocional. Cómo mejorar el manejo de nuestras emociones y gestionarlas en determinadas situaciones que pueden ser conflictivas en enfermedad mental.	
Sesiones	Objetivos
3, 9 y 15	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover el conocimiento sobre la inteligencia emocional ● Reconocer sus propias emociones

- Mejorar la gestión y el manejo de sus emociones
- Autogestionar sus emociones en determinadas situaciones problemáticas

Técnicas

En la sesión nº3:

- Visionado de la película: “Del revés”, análisis de la misma y posterior discusión en grupo

En las siguientes sesiones:

- Charla informativa al inicio de ambas sobre cuáles son las emociones básicas, resto de emociones y qué entendemos por inteligencia emocional
- Técnica de inteligencia emocional “Visualización del rosal”
- Identificación, manejo y expresión de emociones a través de imágenes

Material necesario

Sala amplia, mesas, sillas, proyector, ordenador o reproductor de dvd, folios, lápices de colores, imágenes de emociones

Tabla 5. “Relajación”

RELAJACIÓN	
<p>Sesiones dedicadas a trabajar el control del estrés y la relajación de los participantes, mediante técnicas de manejo del estrés y relajación buscamos que sepan tranquilizarse y gestionar su estrés y ansiedad en determinadas situaciones.</p>	
Sesiones	Objetivos
<p>21, 27 y 33</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconocer el estrés y sus causas ● Proporcionar habilidades para el manejo del estrés y la ansiedad ● Reducir el estrés y la ansiedad mediante técnicas de relajación
Técnicas	
<p>En la sesión N°21:</p>	

- Charla introductoria sobre qué se conoce como estrés o ansiedad, sus manifestaciones físicas y psíquicas y situaciones que desencadenan estrés y comportamientos inadecuados
- Rol-playing sobre posibles situaciones estresantes o donde los participantes representan situaciones conflictivas en relación con su enfermedad mental, como la búsqueda de apoyo o la toma de decisiones en situaciones de crisis. El resto del grupo apoyará intentando dar posibles soluciones o estrategias.

En el resto de las sesiones:

- Técnicas de manejo del estrés, la ansiedad o el insomnio: técnicas de relajación muscular progresiva (técnica Jacobson) o sesión de Mindfulness

Material necesario

Sala amplia, mesas, sillas, proyector, esterillas

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos.

- Imágenes de emociones y significado (véase Anexo 8).

4.4 Bloque 4: Autonomía personal

El bloque 4 está dedicado al autocuidado y a la autonomía en AVDs ya que, a consecuencia de sus síntomas básicos, las personas con TMG presentan multitud de restricciones para la actividad en áreas como el autocuidado, la autonomía personal o la motivación. El objetivo fundamental de este bloque será conseguir unos niveles óptimos de autonomía en las AVDs, con el fin de alcanzar una vida lo más independiente posible y mejorar su calidad de vida. Una vez mejorada su autonomía, trataremos la creación de rutinas regulares diarias buscando establecer horarios y mejorando así su gestión del tiempo. Este bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en las Tablas 6, 7 y 8 se muestran las sesiones de intervención grupal, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso.

Tabla 6 “Autocuidado”

AUTOCUIDADO	
<p>Sesiones que tienen por objetivo fomentar la independencia, alentando a los usuarios a asumir responsabilidades en su autocuidado ya que por su enfermedad suelen presentar dificultades en este tipo de actividades. Abordaremos aspectos básicos para el adecuado desempeño de actividades básicas como el aseo e higiene en el baño, la higiene personal y el arreglo y el vestido, fomentando su autonomía a través de la práctica.</p>	
Sesiones	Objetivos
4 y 10	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar su calidad de vida ● Potenciar su independencia en actividades de autocuidado ● Integrar esta autonomía en relación con su entorno cercano ● Tener más intimidad en el aseo, en la higiene personal y en el vestido
Técnicas	
<p>En cada sesión realizaremos un taller práctico de Modelado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Higiene: donde enseñaremos el correcto lavado de cabeza y diferentes partes del cuerpo, uso del inodoro y atender las necesidades de la menstruación. Incluiremos técnicas de eliminación del vello corporal (afeitado y depilación), aplicación de cosméticos, secado y peinado del cabello, cuidado de las uñas y de la piel, uso de desodorantes, cepillado de dientes y cuidado de la prótesis dental. ● Vestido: donde se trabajará la selección de la ropa y accesorios teniendo en cuenta situación, clima o estación del año, combinación de prendas, cambio diario de ropa interior y cambio de ropa exterior y su doblado para organizar en el armario. 	
Material necesario	
<p>Sala amplia, mesas, sillas, proyector, toalla, cepillo de dientes, cepillo del pelo, productos para la menstruación, cosméticos, desodorantes, diferentes prendas de ropa y accesorios</p>	

Tabla 7 “Manejo de mi autonomía”

MANEJO DE MI AUTONOMÍA

Sesiones dirigidas a intervenir a nivel de actividades instrumentales en relación con la autonomía personal. Trabajaremos aspectos como: el aprendizaje y el aumento de la responsabilidad a la hora de gestionar y manejar el dinero y las compras, ya que desconocen cómo administrarlo y tienen a gastarlo de manera descontrolada, así como el conocimiento y toma rutinaria de su medicación dado que son pacientes que siguen un tratamiento farmacológico prolongado.

Sesiones	Objetivos
-----------------	------------------

- | | |
|----------------|---|
| 16 y 22 | <ul style="list-style-type: none">● Mejorar su calidad de vida● Potenciar su autonomía personal● Integrar esta autonomía dentro de su entorno más cercano● Potenciar su independencia en el manejo del dinero y de su medicación |
|----------------|---|

Técnicas

En cada sesión realizaremos un taller práctico:

- Manejo del dinero y compras: mediante las actividades “Mi paga del mes” y “El precio justo”
- Manejo de Medicación: se encargarán de cargar sus cajetines de medicación semanal, debiendo reconocer cada medicamento y su horario de toma. Contaremos con la ayuda y supervisión del personal de enfermería.

Material necesario

sala amplia, mesas, sillas, láminas para el taller de manejo de dinero, productos de limpieza, pastilleros

Tabla 8 “Hábitos saludables”

HÁBITOS SALUDABLES

Sesiones enfocadas a la adquisición de hábitos de vida saludables y la gestión adecuada del tiempo. Una vez hayan adquirido autonomía y correctas pautas de autocuidado,

trabajaremos en relación con una correcta gestión de sus rutinas y el tiempo, una buena higiene del sueño y buenos hábitos alimenticios.	
Sesiones	Objetivos
28 y 34	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar su orientación temporal y organización de las rutinas diarias ● Organización y aprovechamiento de su tiempo de descanso ● Fomentar la adquisición de un buen patrón de sueño y de hábitos de alimentación saludables
Técnicas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Realización de un calendario semanal, con organización de citas y programación de alarmas. Les ayudaremos a gestionar el tiempo dedicado a sus rutinas diarias. ● Pautas de: una buena higiene del sueño y descanso, como manejar problemas del sueño, consumo de sustancias excitantes y principios nutricionales básicos para una dieta equilibrada y saludable 	
Material necesario	
Sala amplia, mesas, sillas, proyector, calendarios individuales, despertador,	

Los materiales que se utilizarán a lo largo de la intervención se indican a continuación, y aparecen completos en el apartado de Anexos.

- Actividad “Mi paga del mes” (véase Anexo 9).
- Actividad “El precio justo” (véase Anexo 10).

4.5 Bloque 5: Habilidades sociales y Ocio

Este bloque está relacionado con las habilidades sociales y el ocio. Uno de los problemas de la vida diaria más frecuentes de estos enfermos son los déficits en el funcionamiento social e interpersonal. El entrenamiento en habilidades sociales facilitará el desarrollo de relaciones personales más satisfactorias, evitando el aislamiento social y

potenciando sus recursos individuales de afrontamiento. También buscamos mejorar su participación en actividades que les resulten enriquecedoras. Al simular una situación social será necesaria la ayuda de un coterapeuta para mejorar la observación y el modelado posterior. Se presentará la posibilidad a las familias de participar para entrenen la comunicación, fijando normas en caso de salida familiar o actitud ante una conversación delirante, etc. Este bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en las Tablas 9 y 10 se muestran las sesiones de intervención grupal, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso.

Tabla 9 “Aprendiendo a comunicarme”

APRENDIENDO A COMUNICARME	
<p>Sesiones centradas en el trabajo de habilidades sociales, donde se trabajará primero la autoestima, para que sean capaces de ver sus propias capacidades, después aspectos básicos de comunicación verbal y no verbal, asertividad y simulaciones de posibles situaciones sociales a las que deben enfrentarse y cómo resolverlas. Todo ello para relacionarse mejor con su entorno, para lo que se busca también la participación de los familiares.</p>	
Sesiones	Objetivos
5, 11 y 17	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar su autoestima y el sentimiento de pertenencia al grupo ● Aprender componentes de comunicación no verbal, verbal y paralingüísticos ● Mejorar habilidades de resolución de problemas ● Mejorar su asertividad para disminuir el estrés producido en determinadas situaciones y así aumentar sus relaciones sociales ● Manejo adecuado de situaciones sociales difíciles y actitud correcta ante la conversación delirante
Técnicas	

Ejemplos de actividades a realizar en cada sesión:

- Taller para trabajar la autoestima mediante visualización guiada
- Taller de expresión corporal (que incluirá practicar aspectos básicos de la comunicación no verbal y verbal) mediante musicoterapia
- Entrenamiento en habilidades sociales mediante: ensayo conductual (presentación secuencial y controlada, de múltiples situaciones de la vida real), modelado de primeras habilidades sociales, rol-playing o representación de papeles.

Material necesario

Sala amplia, mesas, sillas, proyector, ordenador, altavoz, micrófono

Tabla 10 “Ocio saludable”

OCIO SALUDABLE	
<p>Sesiones dedicadas a la participación en un tiempo de ocio saludable y la adquisición de hábitos saludables como el ejercicio físico, de manera que sean capaces de disfrutar y practicar un ocio que les beneficie y sea de su interés. Potenciaremos además diversas habilidades como el trabajo en equipo, seguimiento de reglas, la comprensión y la atención o la motricidad gruesa mediante el ejercicio o motricidad fina mediante actividades artísticas.</p>	
Sesiones	Objetivos
23, 29 y 35	<ul style="list-style-type: none">● Disfrutar de su tiempo libre de manera saludable● Conocer y practicar un ocio saludable● Realizar ejercicio de manera regular● Potenciar habilidades físicas y cognitivas● Potenciar el trabajo en equipo y la comprensión de reglas
Técnicas	
<ul style="list-style-type: none">● Charla informativa sobre ocio y tiempo libre saludable con explicación de las diferentes actividades a realizar, siempre al inicio de todas las sesiones. <p>Ejemplos de actividades a realizar en cada una de las sesiones:</p>	

- Realización de una actividad al aire libre: una sesión deportiva tipo gymkana, donde tengan que superar obstáculos, saltos de aros, tiro de anillas, carrera de sacos, etc.
- Realización de una actividad creativa de Arteterapia, con expresión artística libre donde cada uno pintará un cuadro en el que exprese cómo ve su futuro. Se contará con la colaboración de una academia de artes plásticas.
- Realización de un taller de Ludoterapia, con juegos de mesa educativos, como el parchís, la oca, damas, bloques, etc.

Material necesario

Aros, conos, anillas, sacos, pintura acrílica, lienzos, semillas, juegos de mesa

4.6 Bloque 6: Participación prelaboral y comunitaria

En este último bloque trabajaremos la participación de las personas con EMGD, dado que debido a su enfermedad suelen presentar restricciones o dificultades en la interacción con el entorno. Actuando sobre el mismo, mediante un programa de jardinería, pretendemos desarrollar su capacidad de desempeño. El ambiente de trabajo que genera esta labor influye en la ocupación mediante: la creación de oportunidades y recursos y el establecimiento de circunstancias que requieren y estimulan formas de participación. Este bloque se llevará a cabo con una frecuencia de una vez cada dos semanas, es decir dos sesiones al mes, con un total en el programa de 6 sesiones. A continuación, en la Tabla 11 se muestran las sesiones de intervención grupal, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso.

Tabla 11 “Jardinería terapéutica”

JARDINERÍA TERAPÉUTICA

Sesiones prelaborales dedicadas a fomentar su actividad participativa en la comunidad evitando su marginación haciéndoles visibles en entornos normalizados. Aprenderán buenos hábitos laborales, prevaleciendo el trabajo en equipo y el respeto, promoviendo su salud social cambiando el entorno en el que se desenvuelven y mejorando su sentido de la responsabilidad y la satisfacción de logros personales, favoreciendo su autonomía.

Sesiones	Objetivos
6, 12, 18, 24, 30 y 36	<ul style="list-style-type: none"> ● Potenciar actitudes y capacidades laborales y autonomía en los usuarios ● Crear hábitos saludables de comportamiento con el entorno ● Trabajar conceptos esenciales como la responsabilidad, el compromiso, el respeto de las reglas y el trabajo en comunidad ● Aprender conceptos básicos de jardinería, materiales y técnicas ● Motivarlos para el mantenimiento de una actividad con seguimiento
Técnicas	
<ul style="list-style-type: none"> ● Charla explicativa sobre aspectos como: partes de las plantas y sus funciones e identificar qué función desempeña cada parte, plantas y frutos más comunes, nociones básicas de jardinería y horticultura, hábitos saludables de comportamiento con el entorno, etc. ● Visita guiada a jardín botánico o ruta por la naturaleza para conocer plantas de su entorno ● Realización de la compra de materiales básicos: semillas, sustrato, macetas...etc ● Visita a un vivero de la zona ● Creación de un vivero en una zona ajardinada disponible en el centro: preparación del tiesto y de los semilleros, siembra del material comprado. ● Creación de una asamblea participativa, donde se debatan aspectos como la distribución de las tareas en el vivero, responsabilidad de cada participante, planes de cuidados, etc. 	
Material necesario	
Sala amplia, mesas, sillas, proyector, ordenador, sustrato, semillas, macetas.	

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Antes de comenzar el programa se llevará a cabo una evaluación inicial, para tomarla como punto de partida. Dicha evaluación estará formada por varios elementos de evaluación que medirán diferentes aspectos de los participantes de este programa. Los instrumentos de evaluación que aplicaremos son:

- **Escala de valoración de la No Conciencia de Trastorno Mental** (*Scale of Unawareness of Mental Disorder, SUMD*) (15). Adaptada al español por Ruiz et al. en 2007. Desarrollada para explicar la falta de conciencia de enfermedad en la psicosis, se trata de una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada directa con el paciente y que consta de 20 ítems (3 generales y 17 específicos de síntomas, donde de cada uno de ellos se evalúa conciencia y atribución que el paciente realiza del mismo). La escala permite dar un total de 5 puntuaciones, una por cada uno de los tres ítems generales, la cuarta por la subescala de conciencia y la quinta por la de atribución. Todas situándose en un rango del 1 al 5, donde una puntuación más alta indica un bajo nivel de conciencia de enfermedad. Posee una elevada fiabilidad entre observadores, con un coeficiente de correlación intraclase por encima del 0,70 (15).
- **Medida de Independencia Funcional** (*Functional Independence Measure, FIM*) (16): estándar utilizado a nivel mundial como indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de intensidad de asistencia dada por una tercera persona. Incluye 18 AVD en las que se evalúan 6 áreas de funcionamiento: autocuidado, control de esfínteres, transferencias, locomoción, comunicación y cognición social. Estos ítems son medidos en una escala de 7 niveles, donde el nivel 1 indica dependencia completa y nivel 7 una completa independencia. Los valores obtenidos pueden ir de 18 a un máximo de 126 puntos, clasificándose, dependiendo del nivel de funcionalidad en grados de dependencia (sin ayuda, dependencia modificada y dependencia completa). El índice alfa de Cronbach es de 0,94 y el intervalo de confianza del 95% (16).
- **Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, forma abreviada** (*Life Skills Profile, LSP-20*) (17). En 2001 Rosen, et al. presentaron una versión breve de 20 ítems, compatible con las nuevas conceptualizaciones sobre discapacidad y factible para su uso en práctica clínica real, que es adaptada al español por V. Burgués, et al. y que evalúa

cinco dimensiones: autocuidado, cumplimiento terapéutico, comportamiento antisocial, retraimiento e ideas extrañas. Posee 20 ítems en forma de preguntas con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert que se valora de mayor funcionalidad (4 puntos) a menor (1 punto). El índice alfa de Cronbach es de 0,85 y la fiabilidad interobservadores oscila entre 0,58 y 0,89 (17).

- **Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)** (18). Versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) diseñado por Folstein en 1975. Se trata de un test diseñado para la detección de casos de deterioro cognitivo. El paciente debe contestar 30 cuestiones sobre las siguientes áreas cognitivas: orientación temporal y espacial, memoria inmediata, memoria diferida, concentración y cálculo y lenguaje y praxis. Cada respuesta correcta es un punto, con un máximo de 35 puntos. Diferenciando dos puntos de corte: en paciente geriátrico (por encima de los 65 años) en 23 o menos indicaría probable déficit cognitivo y en paciente no geriátrico lo indicaría en 27 o menos. Muestra buenas garantías psicométricas tanto de fiabilidad como de validez, con un intervalo de confianza del 95% (19).
- **Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre (EVOTL)** (20). Es un instrumento desarrollado para la evaluación de enfermos mentales crónicos en esta área ocupacional. Está dividida en 5 ítems: desempeño de actividades, estructuración y planificación, relaciones sociales, motivación y disfrute. Cada una de ellas se valora de 0 a 4, donde 0 representa la ausencia de problemas y 4 la presencia de un problema muy grave.
- **Cuestionario de habilidades sociales (CHASO)** (21). Que en su tercera versión consta de 76 ítems y 10 dimensiones a evaluar, que son: interactuar con personas que me atraen, defender los propios derechos, hablar en público/interactuar con personas de autoridad, mantener la calma en situaciones embarazosas, pedir disculpas, interactuar con desconocidos, expresar sentimientos positivos, afrontar situaciones de hacer el ridículo,

rechazar peticiones y afrontar las críticas. A cada ítem se responde a través de una escala de tipo Likert, que puntúa desde 1(muy poco característico en mí) hasta 5 (muy característico en mí), donde mayor puntuación mayor habilidad social. El índice alfa de Cronbach es de 0,88 y el coeficiente de fiabilidad de Guttman de 0,86 (21).

Hay que destacar que, parte de la evaluación se realizará mediante observación directa en la realización de sus AVDs, observando el grado de autonomía y la frecuencia del hábito. Tras finalizar el programa y con el objetivo de valorar, de una forma empírica y medible, los cambios producidos en los usuarios tras su participación, así como el mismo proceso y cumplimiento de los criterios de mejoría, se llevará a cabo una evaluación post tratamiento, utilizando los mismos instrumentos.

6. PRESUPUESTO

A continuación, en la siguiente tabla, presento una estimación aproximada de los **gastos**, asociados a la realización del programa de intervención propuesto:

Tabla 12. Gastos aproximados del programa de intervención

RECURSOS MATERIALES		
MATERIAL	COSTE X UNIDAD	TOTAL
Folios	8,99 € (pack 500 folios)	8,99 €
Lápices	7,99 € (pack 50 negros) 19,99 € (pack 50 de colores)	27,98 €
Aros	15,99 € (pack 24 aros)	15,99 €
Conos	14,99 € (pack 50 conos)	14,99 €
Esterillas	3,99 € x 10 unidades	39,90 €
Botes de pintura acrílica	15,90 € (pack 12 unidades)	15,90 €
Lienzos	32,49 € (pack 24 unidades) x 2	64,98 €

RECURSOS MATERIALES		
MATERIAL	COSTE X UNIDAD	TOTAL
Platos de papel	1,30 € (pack 10 unidades)	1,30 €
Juegos de mesa	100 €	100 €
Sustrato	13,23 € (saco de 25 L)	13,23€
Semillas hierbas aromáticas	6,99 € (pack 12 unidades) x 2	13,98 €
Maceteros largos	20,96€ (pack de 6 unidades)	20,96 €
RECURSOS HUMANOS		
Honorarios del terapeuta ocupacional	30 €/hora x 100h	3000 €
PRECIO TOTAL		3338,2 €

Ofreciendo este programa a los diferentes centros anteriormente mencionados, no tendríamos en cuenta en los gastos lo referente al local o el mobiliario, puesto que nos ceden las instalaciones para poder llevar a cabo el programa sin ningún coste. Para hacer frente al resto de los costes asociados, se podría considerar por un lado que la propia entidad (IMAS) o asociación contratante del servicio de Terapia Ocupacional asuma dichos gastos. Alternativamente, en el caso de que éstas cuenten con recursos limitados, podríamos explorar la posibilidad de acceder a algún tipo de ayuda o **subvención**, como las siguientes:

- Subvenciones o prestaciones económicas convocadas desde el Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales
- Subvenciones convocadas desde la Unión Europea o desde entidades financieras privadas

7. REFERENCIAS

1. Libreros Piñeros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Rev Cubana de Salud Pública. 2012; 38(4):622–628.
2. Medrano J. DSM-5, un año después. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2014; 34(124):655–662.

3. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 1ª ed. Madrid: Imersero; 2007.
4. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000; 177:149–155.
5. Irrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioética*. 2016; 22(1): 37-50.
6. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022; 27(1):281–295.
7. Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2001.
8. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2022.
9. Serra Sanchis N, Martínez Jiménez A, Simarro Quintana Y, Aroca Fons L, Sánchez Arabaolaza MM, Alcoy Puchades J, et al. C.E.E.M. de Bétera: un proyecto de rehabilitación. *Informació Psicològica*. 2002; (79):57-63.
10. Sánchez Alfonso J. Atención residencial para enfermos mentales graves y crónicos en mini-residencias. *NURE Inv*. 2009; 6(42)
11. Manger S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract*. 2019; 48(10):670–673.
12. Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio L-M, García de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open*. 2021; 11(10):e047467.
13. Kielhofner G. *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.

14. Crepeau EB, Cohn E, Boyt Schell BA. Terapia ocupacional. 10ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005.
15. Ruiz A, Pousa E, Duñó R, Crosas J, Cuppa S, García C. Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *Actas Esp Psiquiatr.* 2008; 36(2):111-119.
16. Martínez-Martin P, Fernández-Mayoralas G, Frades-Payo B, Rojo-Pérez F, Petidier R, Rodríguez-Rodríguez V. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit.* 2009; 23(1):49-54.
17. Burgés V, Fernández A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007; 35(2), 79-88
18. Lobo A, Ezquerro J, Gómez FB y cols. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979;7: 189-202.
19. Vinyoles Bargalló E, Vila Domènech J, Argimon Pallàs JM, Espinàs Boquet J, Abos Pueyo T, Limón Ramírez E. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria.* 2002;30(1):5-13.
20. Jiménez J, Novoa E. Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre (EV.O.T.L.). 2015 [Consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://vdocuments.mx/doc-escala-de-valoracion-del-ocio-y-tiempo-libre.html>
21. Caballo VE, Salazar IC y Equipo de Investigación CISO-A España. Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el “Cuestionario Habilidades Sociales” (CHASO). *Psicología Conductual.* 2017; 25(1):5-24

7. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Apellido y nombre del paciente D.N.I:

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo con las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará una intervención orientada a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite sólo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo con lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevará a cabo con una periodicidad de.... Las sesiones tienen una duración promedio de ... minutos en la intervención individual, y de ... minutos en el caso de la modalidad grupal, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración de la intervención será de aproximadamente... Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos sesiones seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente será interpretada como un abandono de la intervención, dándose por finalizada la misma.

Lugar

Fecha/...../.....

Firma del Paciente

Nº de Colegiado:

Firma del Profesional

Anexo 2. Detalle de programa de intervención, Bloque 1

Tabla N°1:

1. *Técnica de “La Telaraña”*: técnica dirigida a permitir que los miembros del grupo se conozcan, así como la integración de estos, además de potenciar su autoestima. En primer lugar, los participantes se colocarán de pie, formando un círculo. El terapeuta entregará a uno de ellos la bola de cordel u ovillo de lana, y éste deberá decir su nombre, procedencia, motivación y expectativas acerca del programa, etc. El usuario que tiene la bola deberá tomar el cordel por la punta y escoger a la vez a un compañero a quien lanzarla, quien a su vez deberá presentarse de la misma manera, y seguirá lanzando la bola a otro compañero. La acción se repetirá hasta que todos los participantes queden enlazados como en una especie de tela de araña. Una vez están todos presentados, el último que se ha quedado con la bola, la regresará a quien se la envió, intentando repetir los datos de ésta. De esta manera la bola recorre la misma trayectoria, pero en sentido contrario, hasta que regresa al compañero inicial. También se puede realizar buscando aspectos positivos de la persona a quien se le lanza la bola.
2. *Técnica “Mi Fotografía”*: con el objetivo de permitir que los participantes se conozcan, así como conocer los puntos de vista de los mismos, presentamos esta técnica, que consiste en mostrar una serie de fotografías de diferentes cosas, como personas, objetos, paisajes, etc. a color y pegadas sobre un cartón. El terapeuta pide a los participantes que formen un círculo, alrededor del conjunto de fotografías, colocadas de manera arbitraria y de manera en que todos los participantes puedan observarlas. Les damos un tiempo para que cada uno de ellos escoja una fotografía, con la que más se identifique (en relación por ejemplo con su personalidad o gustos, etc.). Finalmente, una vez escogida la fotografía irán presentándose uno a uno, mostrando la misma y explicando el motivo por el cual la ha escogido y cómo y porqué se ha identificado con ella.

3. Técnica “El amigo secreto”: dirigida a crear y potenciar un buen clima de compañerismo e integración entre los participantes. Primeramente, cortaremos los folios en trozos pequeños, y entregaremos a cada participante un trozo, donde se le pedirá que escriba su nombre y alguna característica personal (gustos o aspiraciones). Después, se ponen en una bolsa y se mezclan y cada uno deberá sacar un papel al azar, sin mostrarlo a nadie, el nombre escrito corresponderá a su amigo secreto. Posteriormente incluiremos la comunicación con el amigo secreto, donde en cada sesión se debe hacer llegar un mensaje a este de tal manera que esa persona no pueda identificar quién se lo envió, puede ser en forma de carta o nota o pequeño obsequio. En la última sesión de este bloque se descubren los amigos secretos, algún participante comienza diciendo quién cree que es y por qué, después se descubre si acertó o no y el verdadero amigo secreto se manifiesta, siendo éste quien continúa diciendo quién cree que es su amigo secreto, así sucesivamente hasta que todos encuentren al suyo. Debemos asegurarnos de que las instrucciones se comprenden y procurar que nadie coja el papel con su propio nombre.

Anexo 3. Fichas explicativas

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo, caracterizado por la pérdida de contacto con la realidad. Se inicia al final de la adolescencia o a principios de la vida adulta. Entre los 15 y 35 años afecta al 1% de la población.	
SÍNTOMAS ESQUIZOFRENIA	
POSITIVOS	NEGATIVOS
Alucinaciones: auditivas, olfativas, táctiles, cinestésicas, gustativas. Percepciones interiores sin estímulo externo.	Alogia: empobrecimiento del pensamiento y la cognición. Pobreza en el lenguaje y su contenido, latencia de respuesta incrementada
Trastornos del pensamiento: eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo, bloqueo	Abulia/apatía: falta de energía, de interés. No necesariamente acompañada de afectividad triste. Problemas en aseo e higiene, falta de persistencia en actividades, sentimiento de cansancio, lentitud, agotamiento físico y mental
Sentimientos: angustia, excitabilidad	
Ideas delirantes: convicción errónea patológica a pesar de tener razones contrarias sensatas. Única realidad válida.	Embotamiento afectivo: expresión, emociones y sentimientos, movimientos espontáneos disminuidos, escaso contacto visual, incongruencia, ausencia de inflexiones vocales
Vegetativos: insomnio, palpitaciones, sudores, mareos, trastornos gastrointestinales, respiratorios	Problemas cognitivos de la atención: se manifiesta en situaciones sociales.
Motricidad: comportamiento agresivo, agitado, inquietud corporal, movimientos extraños y absurdos, conducta repetitiva	Anhedonia/insociabilidad: dificultad para expresar interés o placer por las cosas que antes le gustaban. Ocio, sexo, relaciones personales restringidos.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA		
PARANOIDE	Ideas delirantes Alucinaciones No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada	Más frecuente
DESORGANIZADA O HEBEFRENICA	Lenguaje desorganizado Comportamiento desorganizado Afectividad aplanada o inapropiada No criterios tipo catatónico	Inicio entre los 15 y 25 años de edad. Mal pronóstico por una rápida aparición de síntomas negativos
CATATÓNICA	Inmovilidad motora manifestada por catapsia o estupor Actividad motora excesiva Negativismo extremo o mutismo Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas Ecolalia o ecopraxia	Es poco frecuente en países industrializados
INDIFERENCIADA	Presentes los síntomas del criterio A, pero no cumple criterios del tipo paranoide, desorganizado o catatónico.	
RESIDUAL	Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. Hay manifestaciones continuas de alteración, presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, de forma atenuada	Evolución de la enfermedad, el deterioro cognitivo progresivo no es necesariamente irreversible
SIMPLE (CIE-10)	Desarrollo insidioso aunque progresivo. Comportamiento extravagante. Incapacidad de satisfacer la demanda de la vida social. Disminución del rendimiento general No se dan alucinaciones ni ideas delirantes Rasgos negativos sin seguir a síntomas psicóticos claramente manifiestos	No muy frecuente

Ejercicios:

- Lee atentamente las afirmaciones y marca si son verdaderas o falsas

	V	F
La esquizofrenia es un trastorno de tipo psicótico		
La esquizofrenia simple, caracterizada por un comportamiento extravagante es la más frecuente		
La esquizofrenia paranoide y residual cursan con los mismos síntomas		
La esquizofrenia afecta al 20% de la población		
Un síntoma positivo de la esquizofrenia es la anhedonia (dificultad para experimentar interés)		
La esquizofrenia simple y catatónica son poco frecuentes		
Los síntomas positivos incluyen los trastornos del pensamiento, alucinaciones, ideas delirantes, etc.		
El comportamiento agresivo se encuentra dentro de los síntomas negativos		
La esquizofrenia aparece en la adolescencia		
En situaciones sociales se manifiestan problemas cognitivos de atención		
Las alucinaciones solo pueden ser auditivas o táctiles		

- Une con flechas los síntomas negativos con su correspondiente definición:

Alogia	Se manifiesta en situaciones sociales
Abulia/Apatía	Expresión emociones y sentimientos, movimientos esporádicos disminuidos
Anhedonia	Empobrecimiento del pensamiento y cognición. Pobreza de lenguaje.
Embotamiento afectivo	Dificultad para experimentar interés por las cosas que antes le gustaban
Problemas cognitivos de la atención	Falta de energía, de interés. Problemas de aseo e higiene. Falta de persistencia en actividades

Anexo 4. Detalle de programa de intervención, Bloque 2.

Tabla N°3

1. “Palabras polisémicas”: presentamos a los participantes algunas palabras polisémicas e invitamos al grupo a nombrar todos sus significados. Seguidamente, se les anima a pensar en más palabras polisémicas, y si no surge de manera espontánea, seguiremos nosotros con el ejercicio.
2. “Palabras con significado similar”, se invita a los participantes del grupo a distinguir semejanzas y diferencias entre significados de palabras que pueden ser similares, ayudando a potenciar su imaginación. Por ejemplo: coche/monovolumen/furgoneta-piso/apartamento/casa-niña/chica/señora.
3. “Categorías”: se pide a los participantes del grupo que nombren palabras, relacionadas con una palabra inicial que el terapeuta presenta. Por ejemplo, que digan palabras que ellos asocian a la palabra “verano”, como: sol, mar, playa, piscina, calor, sudor...
4. Láminas de cancelación: El terapeuta repartirá una lámina a cada participante (todos la misma), después en la pizarra o mediante proyector, se mostrarán tres o cuatro símbolos-letras-números, o en caso de las láminas de pares/impares se escogerá una de las dos. El ejercicio consiste en que los participantes hagan un barrido visual buscando y tachando cuando aparezcan los símbolos que se han apuntado o mostrado. El objetivo será realizar la tarea sin olvidar ningún símbolo por tachar, el tiempo en realizarlo es secundario. Mostraremos a los participantes estrategias para realizar la búsqueda de los símbolos.

Anexo 5. Ejemplo de ejercicios con palabras polisémicas

PALABRAS POLISÉMICAS

COPA:

- Parte superior de un árbol
- Recipiente donde vertemos vino
- La copa de un campeonato

BANCO:

- En el que nos sentamos
- Donde guardamos el dinero
- Conjunto de peces
- De órganos, de sangre

GATO:

- El animal
- La herramienta para cambiar ruedas

SIERRA:

- Herramienta
- Cordillera
- Apellido

CRESTA:

- Del gallo
- De la ola
- Del "punky"

LECHERA:

- Persona que vende leche
- Recipiente para la leche

FALDA

- Pie de la montaña
- Prenda de vestir

YEMA:

- Parte del huevo
- Parte del dedo

PATRÓN:

- Jefe
- Base para coser prendas

MATRICULA:

- Inscripción
- Máxima nota para un estudiante (de honor)
- Identificación de los coches

PORTERO:

- El deportista (fútbol)
- Automático
- El que cuida el portal.

PICO:

- Herramienta
- Beso
- El de un ave

HELADO:

- Quedarse frío
- Polo

DERECHO:

- Jurídica
- Recto

OJO:

- De una aguja
- Órgano de la visión
- ¡Cuidado!

REGLA:

- Escolar/ para medir..
- Norma
- Menstruación

LIMA:

- Fruta
- Lima para las uñas
- Herramienta para serrar, moldear...

TRONCO:

- De árbol
- Amigo

ENCHUFE:

- Salida de corriente eléctrica
- Privilegio



Anexo 6. Ejemplo de lámina de cancelación

♦ ↓ ↑ ↑ ↓ ⊗ ♣ ♥ ↔ ← ∑ Ψ & Ω ∂ % □ ♠ • Δ ♦ ↓ Ω ∂ Ψ % ♥ &
 ⊗ ∑ ♣ ↔ & ∂ ∑ % □ ↓ • Δ Ω ♥ Ψ ♦ ↑ ↑ & ♠ ♥ ⊗ ↓ ↓ ← ♣ ♦ Ψ • ∂
 ↑ % ⊗ ♠ Δ • ↓ Ω ♣ ← ∑ ♦ ♥ ∂ Ψ ↓ ↔ & Δ □ • ♣ ♦ □ ↓ Ω & ↔
 • ⊗ ♣ ♥ ↔ ← ∑ Ψ & Ω ∂ % □ ♥ Ψ ♦ ↑ ↑ & ♠ ♥ ⊗ ↓ ↓ ← ♣ ♦ Ψ ∂
 ⊗ ∑ ♣ ↔ & ∂ ♣ ♦ ♦ ↓ ↑ ↑ ↓ ⊗ ♥ ♥ ↔ ← ∑ Ψ & Ω ∂ % □ ♠ • Δ
 ♦ ↓ Ω ↑ % ⊗ ♠ Δ • ↓ Ω ♣ ← ∑ ♦ ♥ ∂ Ψ ↓ ↔ & Δ □ • ♣ ♦ □ ↓ Ω
 & ↑ % ⊗ ♠ Δ • ↓ Ω ♣ ← ∑ & Ω ∂ % □ ♠ • Δ ♦ ↓ Ω ∂ Ψ % ♥ &
 • ♣ ♦ ♦ ↓ ↑ ↑ ↓ ⊗ ♣ ♥ ↔ ← ∑ Ψ ♠ ∑ ♠ ♠ • Δ ♦ ↓ Ω ∂ Ψ %
 ♥ & ⊗ ∑ ♣ ↔ & ∂ ∑ % □ ↓ • Δ Ω ♥ Ψ ♦ ↑ ↑ & ♠ ♥ ⊗ ↓ ↓ ← ♣ ♦ Ψ

Anexo 7. Detalle de programa de intervención, Bloque 3:

Tabla N°6:

1. Técnica “Visualización del rosal”: con ella pretendemos, tanto a través del dibujo como con lo que verbalmente nos comparte el usuario, que tome consciencia individual de sus emociones, de su autonomía emocional y de qué manera le afecta en su vida cotidiana. Las características de un rosal son idóneas para este propósito: las espinas tienen un carácter defensivo y agresivo, pero a la vez, su polo opuesto, la flor está asociada a la belleza, el perfume, la suavidad, etc permitiendo de esta manera trabajar las dos polaridades al tomar contacto cada usuario con aquella a la que está más apegado, valorando y apreciando sus propios aspectos positivos y negativos. Esta técnica se divide en dos fases: la primera consiste en un ejercicio de relajación con los participantes sentados en círculo en la que realizamos también una fantasía o visualización guiada como si fuéramos un rosal, en la que guiamos a los usuarios con preguntas como ¿Qué tipo de rosal eres? ¿Cómo son tus raíces y sus alrededores? ¿Tienes espinas, como son? ¿Y las rosas, como son? ¿Alcanzas el horizonte? ¿Cómo es tu vida siendo ese rosal? ...Tras finalizar esta visualización, pasamos a la segunda fase, en la que deberán elaborar el dibujo del rosal y realizar una descripción del mismo con sus principales características. Seguidamente se realizará una reinterpretación en grupo donde se identificarán las emociones principales que les genera el dibujo, la emoción parásita (generada al prohibir una emoción) y la emoción que sentirían al ser este rosal, la emoción prohibida, así como otros aspectos importantes del dibujo (como las necesidades básicas entorno a las cuales se construye la personalidad y el problema).
2. Identificación, manejo y expresión de emociones a través de imágenes: sesión que se realizará a través de un panel de emociones, las cuales deberá identificar y describir, así

como expresar en qué situaciones se siente así y el por qué. En caso de emociones negativas, trabajaremos también estrategias a tener en cuenta para tratar de sentirse mejor.

Tabla N°7:

1. Técnicas de relajación muscular progresiva o técnica Jacobson: método que sigue tres fases y está basado en la respiración diafragmática. Con los participantes sentados en sillas haciendo un círculo, deben mantener una postura correcta con columna y cabeza alineadas y pies completamente apoyados en el suelo. La primera fase consiste en tensionar y relajar diferentes grupos musculares (rostro, cuello y hombros, abdomen o piernas), sosteniendo ambas durante 10-15 segundos. La segunda fase consiste en repasar cada grupo muscular y comprobar su relajación y relajarlos más, si es posible. La tercera fase consistirá en focalizar la atención en el estado de calma, a través de la visualización de una escena agradable (como tumbado en la arena de la playa).
2. Sesión de Mindfulness: forma de meditación que literalmente significa “conciencia o atención plena” y que se basa en la idea de que vivimos en una realidad llena de estímulos que nos dispersan y nos hacen olvidarnos de nosotros mismos, a través de la meditación podremos tomar conciencia de nuestros procesos mentales. A esta técnica se le asocian beneficios como la reducción de los niveles de estrés, estimulación de la creatividad o de la memoria. Se trata de ejercicios como: respiraciones profundas (llevando la atención a la respiración), observación del pensamiento, identificar emociones, técnicas de visualización o tomar conciencia de nuestro cuerpo.

Anexo 8. Panel de emociones.



1. **FELIZ:** cuando quiero salir bien en una foto, dulce
2. **TRISTE:** cuando tengo ganas de llorar
3. **ENCANTADA:** cuando algo huele muy bien
4. **ENFADADA:** cuando discuto y me siento indignada
5. **CONFUSA:** cuando no entiendo algo
6. **CANSADA:** cuando no tengo fuerzas para hacer nada
7. **SORPRENDIDA:** cuando algo me asusta o me deja perpleja
8. **IRRITADA:** cuando algo me hace sentir ira
9. **SOSPECHANDO:** cuando desconfío de alguien
10. **TRIUNFADORA:** cuando siento gran alegría y felicidad por algo que me pasa
11. **MIEDOSA:** cuando siento pánico por algo, como por las alucinaciones o delirios
12. **COQUETA:** seductora, cuando quiero ligar con alguien
13. **ENFERMA:** cuando no me encuentro bien o siento dolor
14. **RABIOSA:** gritando de rabia
15. **PAYASA:** para una foto graciosa

Anexo 9. Mi paga del mes.

¿Hay algo que quieras o necesites tener?
¿Alguna actividad o plan que desees hacer?
Escríbelo aquí, y anota su precio.



El dinero que recibes cada semana puede ayudarte a conseguir aquellas cosas que quieres tener o hacer.

Para aprender a gestionar, sigue los siguientes pasos:

- 1 Elige una de las cosas que quieres conseguir.
- 2 Anota cada semana el dinero que recibes y el dinero que gastas.
- 3 El dinero que te sobra, es dinero que puedes ahorrar para tu objetivo.
Para saber cuánto te queda por ahorrar, resta al precio final de tu meta el dinero que has guardado.

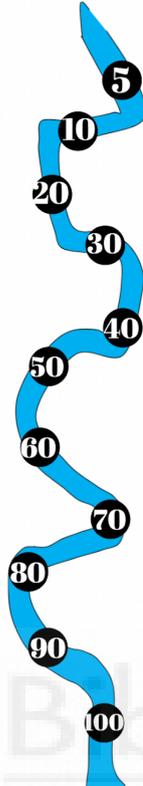
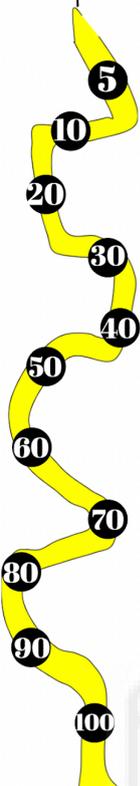
Quiero conseguir: _____
Necesito llegar al precio de: _____

Dinero que recibo Gastos Lo que sobra



Anexo 10. El precio justo.

Resuelve las tarjetas para ganar puntos.
Intenta llegar al precio justo del producto.
Suma los puntos en estas plantillas.



¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 10 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 10 €

¿Cuánto cuesta?



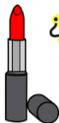
- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 10 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 50€
- B) Entre 50 y 100 €
- C) Más de 100 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 50€
- B) Entre 50 y 100€
- C) Más de 100 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 15€
- B) Entre 15 y 50€
- C) Más de 50€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 15€
- B) Entre 15 y 50€
- C) Más de 50€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 300 €
- B) Entre 300 y 500€
- C) Más de 500€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 15€
- B) Entre 15 y 50€
- C) Más de 50€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20 €
- B) Entre 30 y 50 €
- C) Más de 50 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6-10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6-10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?

- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20mil €
- B) Entre 20 y 50 mil €
- C) Más de 50mil €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20 €
- B) Entre 30-50 €
- C) Más de 50 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 15€
- B) Entre 15 y 50€
- C) Más de 50€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20€
- B) Entre 20 y 60€
- C) Más de 60€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 100€
- B) Entre 100 y 200€
- C) Más de 200€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6-10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 100€
- B) Entre 100 y 300€
- C) Más de 300€

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20 €
- B) Entre 30 y 50 €
- C) Más de 50 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 20 €
- B) Entre 30 y 50 €
- C) Más de 50 €

¿Cuánto cuesta?



- A) Menos de 5 €
- B) Entre 6 y 10 €
- C) Más de 20 €

Anexo 11. Código de investigación responsable (COIR)



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)

Elche, a 23/02/2024

Nombre del tutor/a	GEMMA BENAVIDES GIL
Nombre del alumno/a	MARIA MAGDALENA CUESTA
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADAS
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240221085816
Código de autorización COIR	TFG.GTO.GBG.MMC.240221
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE INSTITUCIONALIZADAS** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia



Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>

