

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado: PROGRAMA VIVIENDA PARA LA INCLUSIÓN SOCIOCOMUNITARIA DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Autor/a: RODRÍGUEZ LORCA, VERÓNICA

Tutora: BENAVIDES GIL, GEMMA

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

Curso académico: 4º

Convocatoria de: Mayo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	9
2.1. Población diana	9
2.2. Objetivos	10
2.3. Plan de Intervención	11
3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	25
4. PRESUPUESTO	27
5. REFERENCIAS	29
6. ANEXOS	31



RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al pensamiento, las emociones y el comportamiento de una persona, presentando síntomas psicóticos, negativos y cognitivos. La Terapia Ocupacional es efectiva para mejorar la autonomía y calidad de vida en personas con esquizofrenia. En este contexto, se propone el uso de Viviendas Supervisadas (VS) para trabajar directamente en las habilidades diarias y mejorar la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). El programa tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida y el bienestar de los residentes de las VS, fomentando su participación comunitaria. Se plantean objetivos específicos, como desarrollar roles ocupacionales y participar en actividades sociales para reducir la marginalización y promover la integración. La iniciativa requiere la obtención de una VS, respaldada por el Ayuntamiento de Mutxamel. Se presenta a una convocatoria pública de subvenciones y se compromete a realizar una evaluación posterior. La vivienda albergará a cinco usuarios (duración de dos años por persona), acompañados por terapeutas ocupacionales, educadoras sociales y una trabajadora social. Los participantes son derivados de forma voluntaria por los Servicios Sociales municipales de Mutxamel. El programa incluye sesiones individuales y grupales una vez por semana, abordando áreas como salud personal, participación social, economía, imaginación y expresividad emocional. Antes del inicio del tratamiento, se utiliza la escala OPHI-II y un listado de intereses para elaborar un Plan Individualizado de Rehabilitación. Este documento es esencial para crear un plan estructurado y secuencial que guíe el trabajo personalizado de cada participante hacia la independencia.

Palabras clave: *Terapia Ocupacional, Esquizofrenia, Viviendas Supervisadas, Independencia, Comunidad*

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects a person's thinking, emotions and behavior, presenting psychotic, negative and cognitive symptoms. Occupational therapy is effective in improving autonomy and quality of life in people with schizophrenia. In this context, the use of Supervised Living (VS) is proposed to directly work on daily skills and improve independence in Activities of Daily Living (ADL). The main objective of the program is to improve the quality of life and well-being of VS residents, encouraging their community participation. Specific objectives are set, such as developing occupational roles and participating in social activities to reduce marginalization and promote integration. The initiative requires obtaining a VS, supported by the Mutxamel City Council. It submits to a public call for subsidies and undertakes to carry out a subsequent evaluation. The home will house five users (duration of two years per person), accompanied by occupational therapists, social educators and a social worker. Participants are voluntarily referred by the municipal social services of Mutxamel. The program includes individual and group sessions once a week, addressing areas such as personal health, social participation, economics, imagination and emotional expressiveness. Before the start of treatment, the OPHI-II scale and a list of interests are used to develop an Individualized Rehabilitation Plan. This document is essential to create a structured and sequential plan that guides each participant's personalized work towards independence.

Keywords: *Occupational Therapy, Schizophrenia, Supervised Housing, Independence, Community*

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que altera la manera en la que una persona piensa, siente y se comporta. Aquellos que sufren de esquizofrenia pueden aparentar haber perdido el contacto con la realidad. **(1)**

Afecta alrededor del 1% de la población mundial, con una prevalencia similar entre hombres y mujeres. Factores de riesgo como la vida urbana, la pobreza, traumas infantiles, el abandono y las infecciones prenatales, junto con una predisposición genética, contribuyen a su desarrollo. Este trastorno mental suele iniciarse en la adolescencia tardía y persiste a lo largo de la vida, generalmente con un deterioro psicosocial significativo desde entonces. **(2)**

Los signos y síntomas de la esquizofrenia varían según la persona, pero en la mayoría de los casos, las fantasías, alucinaciones o habla desorganizada suelen formar parte de la sintomatología. Dentro de los síntomas de la esquizofrenia encontramos los psicóticos, negativos y cognitivos. Los síntomas psicóticos o positivos indican una pérdida de conexión con la realidad, siendo alguno de estos síntomas:

- **Delirios o fantasías:** Incluyen creencias falsas, como la sensación de ser acosado, interpretación negativa de gestos o comentarios aparentemente normales, la convicción de que alguien está enamorado de uno, o la certeza de que ocurrirá una catástrofe importante.
- **Alucinaciones:** Implica ver y escuchar cosas que no existen, siendo la audición de voces la alucinación más común.

- **Discurso desorganizado:** La comunicación se ve afectada, y las respuestas a ciertas preguntas pueden no guardar relación con el tema en cuestión.
- **Comportamiento motor desorganizado o anormal:** Puede variar desde comportamientos infantiles hasta agitación impredecible, incluyendo resistencia a instrucciones, posturas inadecuadas y movimientos excesivos. **(3)**

Por otro lado, los síntomas negativos se caracterizan por una capacidad limitada para llevar una vida tranquila y "normal". Estos pueden incluir limitaciones en la higiene personal, expresión emocional reducida (falta de contacto visual, tono monótono en el habla), desinterés en actividades cotidianas, entre otros aspectos. Los síntomas de esta condición pueden complicar la participación en actividades diarias, pero hay tratamientos efectivos disponibles.

Por último, los síntomas cognitivos. Estos se caracterizan por problemas de atención o falta de concentración, por retener y procesar información, entre otros aspectos. Muchas personas que reciben tratamiento logran integrarse en la escuela o el trabajo, alcanzar la independencia y disfrutar de relaciones personales satisfactorias. **(1,4)**

En la actualidad, existe un aumento en la influencia de los tratamientos intensivos desde fases iniciales de la enfermedad. Más allá de elegir el antipsicótico para el tratamiento inicial, se aborda de manera íntegra las diversas necesidades de los pacientes y sus familias. Un diagnóstico y tratamiento global y temprano de la esquizofrenia puede disminuir el riesgo de discapacidad y aumentar las posibilidades de recuperación funcional del paciente. **(5)**

Dentro del tratamiento, encontramos el farmacológico que implica la selección de los psicofármacos basándose en el perfil y la sintomatología del usuario, compete al psiquiatra

salvo cuando son medicamentos inyectables que los realiza la unidad de enfermería. Podemos encontrar también otro tipo de terapias, como la psicológica, la psicoeducativa y la terapia comunitaria, entre otras. **(6)**

El objetivo principal del tratamiento en esquizofrenia es conseguir una buena calidad de vida, autonomía personal y funcionamiento social. Centrándonos en esto último, encontramos la vida en comunidad, algo muy importante para estas personas y que se ve afectado diariamente por la estigmatización de la enfermedad. **(7)** Las repercusiones del estigma son muy significativas en la vida de estas personas. La marginación que experimentan no es un fenómeno exclusivo actual, de hecho, el trato denigrante hacia ellos existe desde hace mucho tiempo. Por esta razón es necesario ayudar a las personas con esquizofrenia a través de la participación ocupacional como ciudadanos de pleno derecho, en entornos que sean reales, comunitarios y significativos para ellos. **(8)**

En este contexto, las viviendas supervisadas (VS) sirven como método puente para que las personas con un trastorno mental que no tengan limitaciones significativas en su vida, puedan vivir solas en un futuro. Normalmente se atiende con preferencia a perfiles más dependientes, olvidando a las personas que no lo son y que tienen las características y la posibilidad de tener una vida completamente independiente.

El problema de la gran mayoría de VS es que en la admisión de los usuarios no se diferencian los límites y el nivel de dependencia de los usuarios, por lo que en una misma VS podemos encontrar usuarios con diferentes necesidades y limitaciones. Esto afecta a la dinámica de la vivienda y al significado real de ella (rehabilitarse en la comunidad), en tanto que la finalidad de las VS es el entrenamiento de las habilidades necesarias para poder independizarse.

La terapia ocupacional tiene un papel importante en las VS tal como se refleja en el *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)*, donde se trabaja directamente con las ocupaciones y habilidades de la vida diaria de la persona más específicas, como son las cognitivas, psicomotrices, autocontrol, conciencia de la enfermedad y el área formativo-laboral. **(9,10)**

Por eso mismo, teniendo en cuenta la importancia de las VS y el papel tan relevante que tienen los terapeutas ocupacionales en ella, el objetivo del trabajo es crear un programa de intervención desde terapia ocupacional para personas con un diagnóstico de esquizofrenia en VS con la finalidad de mejorar su calidad de vida, fomentar la integración en la comunidad y lograr su independencia.



2. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

2.1. Población diana

El programa, llamado “**PROGRAMA VIVIENDA**”, se desarrollará en el municipio de Mutxamel, provincia de Alicante, en el área de Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de Mutxamel, que ofrecen diferentes servicios y prestaciones, siendo entre ellos el “*Servicio de Promoción de la Autonomía Personal*” (*SPA*). Este servicio se encarga de realizar actuaciones que permitan que las personas mayores, personas con diversidad funcional y personas con problemas de salud mental puedan mantenerse en su entorno habitual.

En la actualidad los principales recursos que gestionan en el servicio son: reconocimiento y trámites de dependencia, servicio de ayuda a domicilio municipal (SAD), teleasistencia domiciliaria (TAD), *Major* a casa y programa de intervención familiar. Por lo que se propone añadir a un servicio nuevo, *el recurso de VIVIENDAS SUPERVISADAS* para personas con trastorno mental, utilizando la vida en comunidad como contexto de rehabilitación, integración e inclusión.

Por tanto, la intervención va dirigida a personas adultas con esquizofrenia usuarias de los servicios sociales de Mutxamel y que quieren independizarse.

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

- Tener entre 18 a 65 años.
- Tener un diagnóstico de esquizofrenia, incluyendo cualquier subtipo (paranoide, desorganizada, catatónica...).

- Acudir activamente (4 días a la semana) a un recurso de salud mental, como un centro de día o un Centro de Rehabilitación e Integración Social (CRIS).
- Estar bajo seguimiento psiquiátrico y presentar conciencia sobre la enfermedad.

Como criterio de exclusión establecido encontramos que la persona esté diagnosticada de otro trastorno, aparte de la esquizofrenia, y que presente limitaciones motoras.

En resumen, el programa de intervención se dirige a personas diagnosticadas de esquizofrenia en curso crónico y que cumplen tanto los criterios de inclusión como los de exclusión. La vivienda en la que se realiza el programa de intervención está formada por 5 usuarios que cumplen dichas características.

Por último, para poder llevar a cabo el presente trabajo de fin de grado, se solicita el trámite COIR, el cual acredita que la realización del trabajo no tiene riesgos laborales. Se puede ver en el **Anexo 1**.

2.2 Objetivos

El programa de intervención de terapia ocupacional para personas con esquizofrenia tiene como objetivo general que los usuarios residentes de la VS mejoren su calidad de vida y su bienestar, facilitando la participación ocupacional como ser comunitario en un contexto real. Para ello se ofrece un recurso temporal con la finalidad de desarrollar su autonomía personal y social para poder rehabilitarse e integrarse en la comunidad, logrando que puedan independizarse.

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos. Con el programa de intervención desarrollado en el presente trabajo se espera que los destinatarios sean capaces de:

- Crear hábitos y rutinas adecuadas.

- Mantener en buen estado todas las zonas de vivienda.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento para tratar con situaciones conflictivas y complicadas.
- Desarrollar roles ocupacionales.
- Participar de forma activa en actividades sociales para reducir marginación e integrarse en comunidad.
- Aumentar el nivel de independencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)

2.3 Plan de Intervención

El programa de intervención que se propone en el presente trabajo está basado en dos modelos: el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional.

Por una parte, el *MOHO* es un modelo que actualmente está diseñado para abordar la ocupación. Su objetivo es examinar cómo surge la ocupación, cómo se desarrolla y se organiza. Para poder desarrollarlo es necesario establecer un vínculo entre terapeuta y usuario. El terapeuta tiene el papel de percibir y brindar soporte a los roles, valores y hábitos, entre otros, de la persona. Se centra en la evaluación de tres aspectos principalmente: el primero consiste en entender cómo las personas son motivadas a la hora de escoger una ocupación. El segundo en la evaluación del patrón recurrente, es decir, la vida cotidiana y las rutinas. Por último, se centra en que cuando las personas están en actividad hay un aumento de la capacidad para el desempeño. **(11)** En resumen, el modelo busca explicar cómo la ocupación

es motivada, adopta patrones y se realiza. Proporciona una visión amplia e integral de las ocupaciones humanas.

Por otro lado, el *Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional* describe cómo la relación entre entorno, persona y ocupación influye en el desempeño ocupacional de la persona. Considera a la persona como agente activo en su intervención con el poder de identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones de su entorno. Un concepto fundamental es la práctica centrada en la persona, siendo un enfoque humanista en la práctica de la profesión de terapia ocupacional. La práctica centrada en la persona proporciona respeto hacia el usuario con el que se trata, teniendo en cuenta sus necesidades, experiencias y conocimientos.

(12)

Cabe destacar que en este programa de intervención la práctica está *centrada en la comunidad*, centrándonos en las demandas que surgen en los usuarios con esquizofrenia que residen en viviendas supervisadas. La premisa principal de la práctica centrada en la comunidad es que la persona es comunitaria y ocupacional, por lo que busca realizar intervenciones que acaben logrando una inclusión sociocomunitaria. **(13)**

Otro punto a destacar son los abordajes terapéuticos, estrategias y técnicas empleadas en la intervención. Respecto a los *abordajes de intervención*, encontramos dos:

- **Rehabilitador**: esencial para ayudar a las personas a alcanzar, en este caso, el mayor potencial psicológico y social, compatible con las limitaciones que pueda tener. Establece habilidades que no han sido desarrolladas o que se han perdido debido a la enfermedad.
- **Promoción de la salud**: como podemos ver en la carta de Ottawa de 1986, “*consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un*

mayor control sobre la misma". Concretamente con el programa presente buscamos crear un ambiente positivo para la salud de los usuarios, fomentar el desarrollo de habilidades personales al mismo tiempo que fortalecemos la acción comunitaria y/o en vivienda (acciones que puedan mejorar la comunidad y/o vivienda).

Para lograr una buena inclusión sociocomunitaria es importante trabajar junto a los usuarios en las intervenciones las tres siguientes áreas: de salud y cuidado personal, participación social y economía.

En la intervención, las *técnicas y estrategias* utilizadas se escogerán según las áreas que vayamos a trabajar, así como de las demandas específicas de la actividad, siendo:

- *Reforzamiento positivo*. Sirve para aumentar la frecuencia con la que se realiza cierta actividad a través de la aparición de comportamientos positivos.
- *Reeducación y entrenamiento de las AVD y AIVD*. Centrándonos en el aseo personal, limpieza, cocina, manejo de dinero, control de medicación, entre otras cosas.
- *Imitación/modelado*. Con esta técnica los usuarios aprenden nuevos comportamientos mediante la observación e imitando la acción que se esté realizando.
- *Repetición y práctica de la ocupación*. Sirve para conseguir realizar una ocupación o acción de forma independiente mediante la práctica. Es decir, se repite varias veces la acción hasta conseguir hacerlo de forma independiente.
- *Role-playing*. Se utiliza para realizar una representación de una actividad o situación que puede llegar a ocurrir en la realidad. Esta técnica permite mejorar los puntos débiles que tienen las personas a la hora de comunicarnos.

- *Auto-registros*. Aparte de ser una técnica puede ser un método de evaluación que puede servirnos a la hora de registrar una actividad o rutina.

El programa de intervención propuesto en el presente trabajo se imparte directamente en la vivienda supervisada. El equipo de profesionales que forma el programa propuesto está formado por dos educadoras sociales que se encargan de supervisar la vivienda, apoyarles y ayudarles con la dinámica de la vivienda. Dos terapeutas ocupaciones que se encargan de realizar las sesiones y realizar seguimientos de los usuarios, entre otras muchas cosas. Por último, una trabajadora social que se encarga de gestionar derivaciones y resolver gestiones.

Los 5 usuarios que forman parte del programa lo hacen de forma voluntaria y son derivados a la vivienda por los profesionales de servicios sociales municipales, que cumplen los criterios recogidos en el **Anexo 2**. En caso de haber más demanda que plazas ofertadas, se establecerá una lista de espera.

Fases previas al ingreso en vivienda:

- *Preingreso*. La trabajadora social del programa recoge toda la información y documentación del usuario para inscribirlo en la base de datos del programa. Tiene un primer contacto con el usuario en el cual se explica el programa, la dinámica de la vivienda y se establece con cada uno de los usuarios un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). El PIR sirve para poder crear una hipótesis de trabajo, debe de ser un plan estructurado, temporalizado, secuencial e individual. Lo más importante de todo es que debe de estar centrado en la persona, por lo que debemos de tener presente las expectativas del usuario y el contexto. El PIR nos servirá para poder desarrollar las intervenciones individuales. En el **Anexo 3** se encuentra la estructura del mismo. Para realizar el PIR se evalúa primero a la persona mediante la escala OPHI explicada en el

punto 3 del trabajo. Después se realiza la formalización del ingreso, para ello se firma el acuerdo de confidencialidad, el contrato de admisión y el reglamento de régimen interno de la vivienda. Es importante explicar a la persona que debe cumplir ciertos requisitos legales, por lo que tiene que firmar un acuerdo de consentimiento informado para resguardar los datos personales, el cual se muestra en el **Anexo 4**.

- **Ingreso.** En esta fase, a su vez, se divide el proceso de ingreso en dos partes. La primera consiste en contactar con el centro al que acuda el usuario para realizar coordinación. Esta coordinación se realiza para poder seguir la misma línea de trabajo con el usuario, para ello cada mes se tendrá una reunión con el tutor referente que tenga el usuario en el centro. Es muy importante este paso para no sobrepasar la línea de trabajo de otro profesional y poder hacer que la intervención con el usuario tenga un sentido lógico. Una vez se ha realizado la coordinación procedemos a la bienvenida, en ella la terapeuta ocupacional encargada del programa se encarga de la recepción de los usuarios y familiares (en el caso de que le acompañen y la familia se quiera implicar), presentación del equipo y se hace visita a la vivienda para que la persona se instale en ella.

La estructura del programa consta de 2 sesiones semanales para cada uno de los usuarios de la vivienda. Una de las dos sesiones semanales será individual (siempre por la mañana) y el día que se realiza depende del día libre que tenga la persona usuaria en el centro al que acude (por ejemplo, si un usuario acude al recurso todos los días menos los lunes, será el lunes el día en el que trabajará individualmente en la vivienda con la terapeuta ocupacional). Las otras sesiones serán grupales con los 5 usuarios de la vivienda y se

realizarán todos los martes (arteterapia) y jueves (taller de convivencia) del mes a las 16:00. El horario que tiene la vivienda se puede ver en el **Anexo 5**.

La duración de las sesiones individuales variará según lo que se trabaje ese día con la persona, es decir, son de duración indeterminada. Por objetivo abierto que tenga la persona en su plan de trabajo se debe dedicar mínimo 20 minutos. En total se trabaja de forma individual con el usuario a lo largo de la mañana con diferentes actividades según objetivo, como ir a comprar, limpiar la casa... La duración de las sesiones grupales siempre tendrá un máximo de dos horas y un mínimo de una hora, intentando que dure una media de una hora y media cada sesión grupal.

El programa de intervención tendrá una duración indeterminada en la vivienda, es decir, no tiene una duración concreta. Esto se debe a que el programa se instala de forma permanente en la vivienda. Pero, por otro lado, los que sí que tienen un tiempo determinado dentro del programa de la vivienda son los usuarios.

Los usuarios tendrán una duración máxima de dos años de estancia en la vivienda y por consiguiente, en el programa de intervención. En el momento en el que termina la estancia límite de cada usuario se les proporciona el alta del servicio. En esta última fase del proceso, la terapeuta ocupacional valorará si el usuario debe de ser remitido a un centro asistencial residencial (el cual permita que los usuarios puedan quedarse de forma temporal, habitual o permanente), Centros Específicos de Enfermos Mentales (C.E.E.M) o un CRIS, entre otros. También podrá valorar si el usuario ha cumplido los objetivos y está listo para vivir de forma autónoma en otra vivienda. A la hora de gestionar las derivaciones del usuario una vez que la terapeuta ocupacional haya evaluado, se encargará el trabajador social que formará parte del equipo del programa de intervención. En el caso de que la persona usuaria vaya a independizarse se le acompañará en todo el proceso.

Se busca que perfiles que puedan rehabilitarse lo hagan con el programa expuesto en el presente trabajo, favoreciendo que ocurra con un entorno adecuado en la vivienda que potencie las habilidades de los usuarios.

En las Tablas 1, 2, 3, 4 y 5 se muestran las sesiones de intervención individual y grupal respectivamente, con el detalle de objetivos, técnicas y material a emplear en cada caso.

En las sesiones de intervención individual (tablas 1, 2 y 3) se muestra un ejemplo de sesión para cada área de intervención que se trabaja de forma específica en el programa: de salud y cuidado personal, participación social y economía. Concretamente, dentro de cada área de intervención se trabajan determinadas habilidades y destrezas:

- **Salud y cuidado personal:** rutinas, tareas domésticas (sacar la basura, limpieza de zonas comunes, limpieza de su habitación, compras, preparación de desayuno y almuerzo), autocuidado (cepillado de dientes, peinado, ducha y vestido), gestiones de la salud (control de citas médicas, manejo nutricional y actividad física) y gestión de medicación (seguir correctamente las pautas médicas, preparación de pastilleros y control de tomas).
- **Participación social:** desarrollar y trabajar habilidades sociales, fomentando la participación comunitaria. Concretamente, las habilidades sociales que se trabajan son: habilidades de comunicación, resolución de conflictos, realizar peticiones, expresar y recibir críticas constructivas, producir y formular el contenido de la interacción social.
- **Economía:** incluye manejo, control y gestiones económicas. Se crea y entrena un sistema de control presupuestario para así aumentar la autonomía de la persona a la hora de realizar gestiones.

En las sesiones de intervención grupal (tablas 4 y 5) se muestra un ejemplo de sesión de arteterapia y de convivencia, que son los dos talleres grupales que hay a la semana. Es importante recalcar que cada semana son diferentes, repasando conceptos importantes cada cierto tiempo.

- **Arteterapia:** se crea un entorno terapéutico con el objetivo de potenciar la expresividad de emociones, potenciar la imaginación y mejorar autoestima, creando para ello un ambiente agradable con todos los usuarios de la vivienda.
- **Convivencia:** se busca que los integrantes de la vivienda aprendan a comunicarse entre ellos desde la educación y el respeto, mejorando el ambiente de la vivienda y entrenando habilidades sociales y de convivencia.

Tabla 1. Sesión “RUTINA DIARIA”

RUTINA DIARIA	
Esta sesión se incluye dentro del área de cuidado personal y salud, concretamente las rutinas. La creación de rutinas permite que a la vez se trabajen habilidades como la autodisciplina, la organización, el desarrollo personal y la productividad, entre otras.	
Objetivos	Metodología
- Realizar una rutina matutina adecuada al contexto y atendiendo sus necesidades personales.	- Individual - Auto-registro
ACTIVIDAD	

Consiste en crear un registro para ser auto administrado por el usuario en el que trabaje su rutina matutina desde que se levanta hasta que acude al centro correspondiente o es la hora de comer.

- *Necesidad detectada:* falta de orden lógico en la secuencia de sus acciones matutinas y falta de cuidado personal y de su habitación.
- *Desarrollo de la actividad.* En primer lugar el usuario deberá de apuntar en una hoja por orden las actividades que realiza por la mañana y la terapeuta ocupacional completará la lista con las que ella ha observado de forma directa en la vivienda. Después se procederá a realizar una propuesta, siendo partícipe en toda decisión el usuario. En esta parte es necesario dar una explicación de cuál sería la rutina correcta (enseñándole algunas propuestas) y por qué es necesario realizar todos esos pasos (poniendo énfasis en los que tengan que ver con higiene o limpieza). Por lo que la terapeuta ocupacional aconsejará con acciones necesarias, atendiendo al cuidado de la persona y la vivienda. Por último, la propuesta final se pondrá en una plantilla de registro y el usuario deberá de marcar con una “x” todas las mañanas las acciones que realiza cada mañana, en el caso de saltarse algún paso no se marcará con “x” y se dejará en blanco. En el **Anexo 6** se encuentra un ejemplo de auto-registro de rutina matutina.

Tabla 2. Sesión “HABILIDADES SOCIALES”

HABILIDADES SOCIALES	
<p>Esta sesión se incluye dentro del área de participación social. Concretamente en esta sesión se trabajan los tipos de comunicación.</p>	
Objetivos	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la comunicación asertiva para comunicarse en la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Individual - Role-playing
ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Necesidad:</i> persona que presenta dificultades comunicativas para mantener una conversación debido a no emplear el lenguaje no verbal y verbal adecuado. En muchas ocasiones parece pasota o enfadado por sus expresiones. - <i>Desarrollo de la actividad.</i> En primer lugar al usuario se le explicará los tres tipos de comunicación: asertiva, pasiva y agresiva. Después se procede a realizar un roleplaying (terapeuta-usuario) interpretando cómo sería tener una conversación con el mismo tema con diferentes tipos de comunicación. En este caso el tema que se utiliza es comunicarle a un compañero algo con lo que no estás de acuerdo que está haciendo en la vivienda. Por último, como cierre de sesión se realiza un pequeño recuerdo de los tipos de comunicación y se le pide al usuario que de forma asertiva se comunique con un compañero para llevar a la práctica real los conocimientos 	

aprendidos.

Tabla 3. Sesión “GESTIONES ECONÓMICAS”

GESTIONES ECONÓMICAS	
Con esta sesión se trabaja el área de economía. Concretamente, se crea y entrena un sistema de control presupuestario para así aumentar la autonomía de la persona a la hora de realizar gestiones.	
Objetivo	Metodología
<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el control de su propio dinero y de la toma de decisiones- Mantener un seguimiento de sus gastos e ingresos.	<ul style="list-style-type: none">- Individual- Registros
ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none">- <i>Necesidad:</i> persona que presenta dificultades para gestionar el dinero debido a que gasta mucho más de lo que recibe.- <i>Desarrollo de la actividad.</i> Esta sesión servirá para que cada usuario de forma autónoma pueda controlar sus gastos e ingresos, algo necesario a la hora de independizarse. En esta primera sesión que se realiza de forma individual se explica	

cómo se va a abordar la parte económica.

En primer lugar se crea una plantilla de registro individual en la cual aparecerán sus ingresos y sus gastos. También, dependiendo del caso y de si es posible, se ahorrará cada mes una cantidad de dinero para ir creando una base de fondos. El registro individual con todos los ítems se encuentra en el **Anexo 7**. Se le explicará a la persona y se solucionarán todas las dudas.

Por último se crea un plan de trabajo con la persona. En ese plan de trabajo se establecen diferentes criterios: frecuencia de revisión de los registros, qué cantidad de dinero se espera tener en cada uno de los ítems del registro y, en el caso de que disponga suficiente para el fondo de ahorros, qué cantidad le gustaría conseguir en dos años.

Tabla 4. Taller de arteterapia “CREA TU HISTORIA”

CREA TU HISTORIA	
Esta sesión se incluye dentro del taller de Arteterapia. Dentro de este taller se realizan actividades artísticas que estimulan la creatividad, como: scrapbooking, origami, cuadros, etc. Es una herramienta muy útil en la intervención social.	
Objetivos	Metodología
- Expresar sus gustos y preferencias a través de imágenes.	- Sesión grupal

	<ul style="list-style-type: none"> - Scrapbooking - Musicoterapia
ACTIVIDAD	
<p>- <i>Desarrollo de la actividad.</i> En primer lugar se organizará el espacio donde se va a desarrollar la sesión, poniendo 5 sillas alrededor de la mesa y el material que se utilizará encima de la mesa (revistas, periódicos, folletos, 5 tijeras, pegamentos y cada uno tendrá en su sitio una libreta pequeña). En segundo lugar se procederá a explicar la actividad, ya que se va a realizar un scrapbooking. La actividad consistirá en decorar la libreta con cosas que tengan que ver con ellos mismos y sus intereses. Por ejemplo, en esta sesión se van a decorar dos páginas de la libreta. En una de ellas tratará el tema de “DEPORTES” y la otra página de “AMOR”. En ambas páginas tendrá que pegar imágenes recortadas previamente que representen lo que esa persona siente o piensa con esa palabra.</p> <p>En toda la actividad se tendrá música puesta, fomentando su creatividad y alcanzando un estado de relajación.</p>	

Tabla 5. Taller convivencia “¿CÓMO TE GUSTARÍA QUE TE TRATEN?”

¿CÓMO TE GUSTARÍA QUE TE TRATEN?
<p>Esta sesión se encuentra dentro del taller de convivencia. Con esta sesión se trabaja que los usuarios utilicen entre ellos una adecuada comunicación, desde el respeto y la empatía.</p>

Objetivos	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> - Entrenar habilidades para acoger de forma adecuada a un nuevo integrante en la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesión grupal - Role-playing
ACTIVIDAD	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Necesidad:</i> usuarios con dificultades en la utilización de una adecuada comunicación dentro de la vivienda. - <i>Desarrollo de la actividad.</i> En primer lugar se deberán de poner por parejas, al ser número impar uno de ellos se pondrá con la terapeuta. Realizarán una lista con acciones que se deben hacer y decir cuando una persona viene nueva a la vivienda. En segundo lugar deberán de enumerar esas acciones por orden cronológico y de importancia cuando se tiene un primer contacto con el nuevo compañero (EJEMPLO: saludar, presentarse, explicar normas de vivienda, ofrecer ayuda...). Por último deberán de interpretar en parejas (role-playing) cómo actuarían ellos con todo lo aprendido cuando alguien llega nuevo a la vivienda. 	

3. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Antes de comenzar el tratamiento se llevará a cabo una evaluación inicial, de línea base, de cada uno de los participantes que integren el grupo. De esta forma se obtendrá la información necesaria para poder desarrollar el PIR de cada usuario de la vivienda. Para ello se utilizará primero la escala OPHI-II y se completará con un listado de intereses de elaboración propia, proporcionando amplia información sobre la vida de la persona:

- **Entrevista histórica del desempeño ocupacional II** (The Occupational Performance

History Interview, OPHI-II) **(14)**. Es un instrumento de evaluación organizado en tres partes: una entrevista semiestructurada para explorar la historia ocupacional del usuario; escalas de puntaje para medir la identidad, competencia ocupacional e impacto del ambiente; por último, una narración de la historia de la vida de la persona. Sirve para obtener información relevante acerca de la vida de la persona que nos proporcione estrategias para la intervención. La primera parte de la evaluación, la entrevista, tiene una duración de 45 a 60 minutos aproximadamente. La segunda parte puntúa las tres escalas de evaluación (escala de identidad ocupacional, de competencia ocupacional y de ambientes de comportamiento ocupacional), formado por 29 ítems evaluados con una puntuación de 4 puntos (1: extrema disfunción ocupacional, 2: algo de disfunción, 3: función ocupacional buena, 4: función ocupacional excepcionalmente competente). La última parte consiste en una narración biográfica que refleja lo que se ha tratado en la entrevista **(15)**. Esta prueba ha demostrado su validez para la evaluación de personas de cualquier cultura **(16)**.

- **Listado de intereses.** Se ampliará la información obtenida con la entrevista OPHI-II con un listado de intereses de elaboración propia con actividades actuales y realistas

con el contexto en el que se va a intervenir. Es un listado de 36 actividades, para las cuales hay que responder tres preguntas para cada una de ellas: si has practicado la actividad, el nivel de interés de la actividad y si le gustaría practicarla en un futuro. Al final del listado se pueden incluir 3 actividades y contiene apartado de observaciones (véase **Anexo 8**).

Al finalizar la intervención se realiza una evaluación postratamiento, a fin de evaluar la mejoría de los usuarios y comprobar la eficacia del programa. Para ello se utilizan las dos primeras partes de la OPHI-II, la entrevista y las escalas de puntaje (con ellas podremos analizar la mejoría del usuario en los apartados evaluados inicialmente) y un cuestionario de satisfacción del programa (véase **Anexo 9**).



4. PRESUPUESTO

En la siguiente tabla se muestra una estimación aproximada de gastos necesarios para poder llevar a cabo el programa de intervención planteado en el presente trabajo, apareciendo más detalladamente en el **Anexo 10**. La estimación de gastos está realizada para la duración de un mes, siendo todos los meses los mismos gastos aproximados. Se incluyen tanto los gastos de la vivienda como los relacionados con la terapia ocupacional, debido a que en la vivienda todo es necesario para una rehabilitación comunitaria con éxito.

Tabla 6. Estimación de gastos mensual

MATERIAL	SUBTOTAL
Salario Terapeuta ocupacional (2)	1.650€ × 2 = 3300
Salario Trabajadora social (1)	1.575€
Salario Educadora Social (2)	1.450€ × 2 = 2900
Alquiler de vivienda (<i>pago mensual</i>)	Sustentado por Ayuntamiento de Mutxamel
Materiales de higiene, limpieza y arreglo personal	42,78€
Comidas y cenas (<i>todos los días</i>)	Catering, sustentado por el Ayuntamiento de Mutxamel
Materiales terapéuticos	188,71€
Comida extra vivienda (<i>para desayunos, almuerzos y meriendas</i>)	151,5€

Total mensual	8.158€
Total anual	97.896€
Total necesario para proyecto piloto	200.000€
	<i>Para iniciarlo y poder apreciar cambios es necesario un presupuesto que cubra las necesidades de dos años, que es lo que dura el programa.</i>

Para cubrir el presupuesto requerido el programa se presenta a una convocatoria pública de subvenciones, por lo que se establece un compromiso de realizarlo y evaluarlo después. Será subvencionado por el Ayuntamiento de Mutxamel (por la necesidad de intervención a la hora de independizarse detectada en los usuarios de salud mental de los servicios sociales de Mutxamel), tras ser el ganador en la subasta y haber pasado todas las pruebas de evaluación y cumplido todo el pliego de condiciones. Es subvencionado por los recursos que dispone el Ayuntamiento según la **Ley 17/2014** del 26 de diciembre, “*de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otra de carácter económico*”.

(16)

5. REFERENCIAS

1. Instituto Nacional De La Salud Mental. Esquizofrenia. North Charleston, SC, Estados Unidos de América: Createspace Independent Publishing Platform; 2014.
2. Tamminga C. Esquizofrenia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
3. Esquizofrenia [Internet]. MayoClinic.org. 2021. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443>
4. Miret S, Fatjó-Vilas M, Peralta V, Fañanás L. Basic symptoms in schizophrenia, their clinical study and relevance in research. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2016;9(2):111–22
5. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2017;10(1):4–20.
6. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull. 2010;36:71,3.
7. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. Schizophr Res. 2010;122(1–3):232–8.
8. Page, Stewart (1995). Effects of the mental illness label in 1993: Acceptance and rejection in the community. Journal of Health and Social Policy, 7, 61–68.

9. García-Pérez O, Torío López S. Funcionamiento básico y social de los usuarios de las viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: necesidad de una intervención pedagógica. *Rev Complut Educ [Internet]*. 2014;25(2)
10. Mancha DEC-L. Libro blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Internet]. Castillalamancha.es. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/lb_terapia_ocupacional_sm_clm.pdf
11. Kielhofner G. Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. Ed. Médica Panamericana; 2004.
12. Simó Algado S. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *Rev TOG*. 2006; nº 3: 1-27.
13. Pino J, Ceballos M. Terapia Ocupacional Comunitaria y Rehabilitación basada en la Comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria. *Rev Chil Ter Ocup*. 2015;15(2).
14. Kielhofner G. OPHI-II. The Occupational Performance History Interview: Interview zur Betätigungsvorgeschichte. 1a ed. Marotzki U, Mentrup C, Weber P, editores. Idstein, Alemania: Schulz-Kirchner; 2008
15. Apte A, Kielhofner G, Paul-Ward A, Braveman B. Therapists' and clients' perceptions of the occupational performance history interview. *Occup Ther Health Care*. 2005; 19(1-2):173-92.
16. BOE-A-2014-13613 Real Decreto-ley 17/2014, de 26 de diciembre, de medidas de sostenibilidad financiera de las comunidades autónomas y entidades locales y otras de carácter económico.

6. ANEXOS

Anexo 1. Autorización COIR.



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

Elche, a 19/12/2023

Nombre del tutor/a	Gemma Benavides Gil
Nombre del alumno/a	Verónica Rodríguez Lorca
Tipo de actividad	Sin implicaciones ético-legales
Título del 1. TFG (Trabajo Fin de Grado)	Propuesta de intervención para personas con esquizofrenia desde Terapia Ocupacional en Viviendas Supervisadas
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	231217042043
Código de autorización COIR	TFG.GTO.GBG.VRL.231217
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: **Propuesta de intervención para personas con esquizofrenia desde Terapia Ocupacional en Viviendas Supervisadas** 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

Anexo 2. Criterios de admisión al programa



CRITERIOS DE ADMISIÓN *PROGRAMA VIVIENDA*

Los criterios de admisión establecidos para la derivación de la persona al presente programa desarrollado en la Vivienda Supervisada con carácter rehabilitador se caracteriza principalmente por:

- Personas con una edad entre 18 a 65 años.
- Diagnosticadas de trastorno mental grave, concretamente en este programa es necesario un diagnóstico de esquizofrenia, incluyendo cualquier subtipo (paranoide, desorganizada, catatónica..).
- Disponen de un seguimiento por un Centro de Salud Mental.
- Acuden de forma activa cuatro días a la semana a un recurso de salud mental dentro de la provincia de Alicante.
- Su discapacidad influye o le impide su independencia en el hogar, presentando dificultades para cubrir de forma autónoma las necesidades de una vivienda.
- Sin discapacidad física o limitaciones motoras significativas, ya que la vivienda no se encuentra adaptada para cubrir esas necesidades físicas.

A Continuación se detalla de forma más específica los requisitos mínimos y básicos que debe cumplir la persona para ser derivada a la Vivienda Supervisada situada en el pueblo de Mutxamel, Alicante.

1. Presentar una correcta adherencia al tratamiento, atendiendo su toma de medicación y asistencia a citas médicas. El equipo de trabajo realizará acompañamientos y apoyo para las personas que lo necesiten a la hora de acudir a sus citas médicas. También podrán disponer de supervisión en caso de necesitarla en la toma de medicación.
2. Ausencia de patrones comportamentales peligrosos, problemas de toxicomanías o alcoholismo. Para su control se realiza una evaluación del pasado y del presente de la

persona. Evaluando para ello conductas agresivas (hacia personas u objetos) y autolíticas, no incluyendo a personas con consumo de tóxico y/o alcohol (aunque sea de forma esporádica, está prohibido y es motivo de expulsión).

3. Necesario disponer de un nivel de autonomía personal y social aceptable, con capacidad suficiente para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria o aprenderlas a corto plazo. Consiguiendo que no requieran en un futuro del apoyo o supervisión que se les ofrece en la vivienda.
4. Que la persona disponga de habilidades sociales que faciliten que la persona establezca relaciones que favorezcan la convivencia con los otros compañeros, sin presentar rechazo.
5. Presencia de motivación por parte de los individuos por el programa expuesto y por lograr adquirir las habilidades necesaria para poder independizarse en un futuro.



Anexo 3. Plan Individualizado de Rehabilitación. Documento de Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de Mutxamel con apartados de elaboración propia, concretamente: “situación actual vivienda”, “áreas a tratar con el usuario” y “Parte 2: intervención”.

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN
P.I.R**



• *1ª PARTE: DATOS PERSONALES*

NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO
NACIONALIDAD	DNI/PASAPORTE	SIP
DOMICILIO		
LOCALIDAD		
CORREO		
TELÉFONO PERSONAS DE APOYO	1.	<i>Nombre y vínculo</i>
	2.	<i>Nombre y vínculo</i>
	3.	<i>Nombre y vínculo</i>
Apoyo sociofamiliar (marcar con x)	SI	NO
<i>Red de apoyo familiar</i>		
<i>Comunitario</i>		

• *2ª SITUACIÓN SOCIO SANITARIA*

DIAGNÓSTICO		
CERTIFICADO DISCAPACIDAD	<i>SÍ: %</i>	<i>NO:</i>
DEPENDENCIA	<i>SÍ: GRADO:</i>	<i>NO:</i>
NECESIDAD MEDIDAS DE APOYO	<i>SÍ: TIPOS:</i>	<i>NO:</i>

Situación actual vivienda

- Vive solo
- Vive acompañado

- ¿Con quién?:

- Contacto persona actual vivienda:

Recursos a los que acude

RECURSOS	SÍ	NO
USMA		
UPCCA		
UCA		
ADIEM <i>sentit</i>		
H. DÍA (Dr. Esquerdo)		
C. DÍA (Dr. Esquerdo)		
SAD		
TAD		
MAJORS A CASA		
Otros:		

Áreas a tratar con el usuario

- Cuidado personal y salud: incluye autocuidado, rutinas, tareas domésticas, gestión de medicación y gestiones sanitarias.
- Participación social: incluye habilidades sociales, realización de actividades, relaciones sociales, vida comunitaria, entre otros aspectos.
- Economía: incluye manejo, control y gestiones económicas.
- Todas

• *PARTE 2: INTERVENCIÓN*

ÁREA DE CUIDADO PERSONAL Y DE SALUD	
<i>NECESIDADES</i>	
<i>Objetivo principal</i>	-
<i>Objetivos específicos</i>	1.
	2.
	3.

ÁREA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL	
<i>NECESIDADES</i>	
<i>Objetivo principal</i>	-
<i>Objetivos específicos</i>	1.
	2.
	3.

ÁREA DE ECONOMÍA	
<i>NECESIDADES</i>	
<i>Objetivo principal</i>	-
<i>Objetivos específicos</i>	1.
	2.
	3.

PROFESIONAL QUE REALIZA LA DERIVACIÓN:

FECHA DE INICIO EN VIVIENDA:

Anexo 4. Consentimiento informado

Apellido y nombre del usuario..... 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 solo 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 usuario.
5. Las sesiones tienen una duración promedio de 30 minutos en la intervención individual, y de 1 hora y media 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 2 años. 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 usuario será interpretada como un abandono de la intervención, dándose por finalizada la misma.

Lugar

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

Firma del usuario

Nº de Colegiado:

Firma del Profesional

Anexo 5. Horario de la vivienda

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
MAÑANA					
9:00	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON USUARIO 1	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON USUARIO 2	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON USUARIO 3	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON USUARIO 4	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL CON USUARIO 5
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
TARDE					
16:00		<i>ARTETERAPIA</i>		<i>TALLER DE CONVIVENCIA</i>	REUNIÓN EQUIPO
17:00					
18:00					

Anexo 6. Auto-registro matutino

**RUTINA MATUTINA
SEMANA DEL __ AL __**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
							
							
							
							

							
							
							
							
							

Anexo 7. Registro economía

EJEMPLO DE PLANTILLA DE REGISTRO ECONOMÍA

CONCEPTO	GASTOS	INGRESOS	CONCEPTO
Comida (media mensual) / <i>asume VS</i>	0		Otros:
Tabaco	60		Otros:
Facturas (luz, agua, internet) / <i>asume VS</i>	0	50	Otros: economía entregada por padre
Alquiler / <i>asume VS</i>	0	300	Paga
Teléfono móvil	8		
Farmacia	6		
Ocio	20		
Compras libres (como ropa)	40		
Transporte bonobús	15		

Ahorro	150		
--------	-----	--	--

Anexo 8. Listado de intereses.

LISTADO DE INTERESES

Elaboración propia

ACTIVIDAD	<i>¿Has practicado la actividad?</i>		<i>Nivel de interés de la actividad</i>			<i>¿Te gustaría realizarla en el futuro?</i>	
	SÍ	NO	Mucho	Poco	Ninguno	SÍ	NO
Pintar/dibujar							
Fotografía							
Estudiar							
Jardinería							
Escuchar música							
Cine/ ver películas							
Bailar							
Caminar/ senderismo							
Cocina							
Jugar a los bolos							
Nadar							

Gimnasio/ hacer ejercicio							
Manualidades							
Quedar a tomar algo							
Ver televisión							
Ir en bicicleta							
Ir de compras							
Jugar al fútbol							
Ir a conciertos							
Juegos de mesa							
Leer							
Relajación (ejercicios de relajación)							
Escribir							
Quedar con amigos							
Excursión							
Videojuegos							
Viajar							
Limpiar hogar							
Ver un deporte							

Petanca							
Conducir vehículo							
Jugar al tenis							
Jugar a baloncesto							
Footing/correr							
Pescar							
Otros							
Otros							
Otros							

OBSERVACIONES

Anexo 9. Cuestionario de calidad/ Elaboración propia

ESCALA 1: PROFESIONALES			
	NO	MEJORABLE	SÍ
¿Consideras adecuada la distribución horaria del programa?			
¿Consideras útil el contenido que se ha trabajado en las sesiones de trabajo?			

¿Crees que los profesionales prestan una atención adecuada?			
¿Consideras que el trato de los profesionales es adecuado?			
¿Consideras que las exigencias de los profesionales son adecuadas?			
He sido tratado con amabilidad y respeto de parte de los profesionales			
Sentía que podía hablar de mis problemas con los profesionales			
Han tenido en cuentas mis necesidades y limitaciones			
ESCALA 2: ACTIVIDADES			
	NO	MEJORABLE	SÍ
¿Las actividades cubren tus expectativas?			
¿Has sentido cambios positivos en ti tras la realización del programa?			
¿Las sesiones de terapia han sido entretenidas y satisfactorias personalmente?			
¿Has sentido una mejora al realizar tus actividades de la vida diaria?			
¿Sientes que has conseguido una rutina diaria?			
Estoy satisfecho con el tratamiento recibido			
¿Te sientes más integrado en la comunidad			

residencial?			
ESCALA 3: INSTALACIONES			
	NO	MEJORABLE	SÍ
¿Consideras que la intimidad en los dormitorios es adecuada?			
¿Crees que la seguridad en la vivienda es adecuada?			
¿Consideras el acceso a la vivienda cómodo?			
¿Piensas que la vivienda es adecuada para el desarrollo de las sesiones realizadas?			
¿Las instalaciones están en buen estado?			
¿Consideras que la vivienda tiene un buen mantenimiento?			
¿Se han solucionado rápidamente problemas en el inmobiliario y electrodoméstico de la vivienda?			
¿Crees que el dormitorio está correctamente equipado?			
¿Crees que la vivienda está correctamente equipada?			
¿Hay un entorno agradable con la comunidad de vecinos?			
¿Has tenido buena relación con tus compañeros?			

Observaciones

--

Anexo 10. Material empleado en la realización de las sesiones

<ul style="list-style-type: none"> Material Terapéutico 	1. Bolígrafos BIC Pack	1. 13,85€
	2. Rotuladores GIOTTO Turbo Color Pack	2. 24,9€
	3. STAEDTLER 36 Lápices	3. 15€
	4. Goma-sacapuntas (5)	4. 6€
	5. Folios Pack 5 Paquetes A4	5. 23,50€
	6. Cartulinas de colores pack 50 cartulinas A4	6. 6,43€
	7. Cartulina gráfica 200 hojas	7. 13,44€
	8. Estuche de acuarelas (5)	8. 6,5€
	9. Set pinturas acrílicas 12 colores	9. 10,65€
	10. Juego de pinceles (5)	10. 10,9€
	11. Papel de periódico	11. 0€
	12. Cola	12. 2,25€
	13. Pritt stick barra de pegamento transparente 22g	13. 4,25€
	14. Pack Pistola termoselladora con 6 barritas	14. 16,45€
	15. Cinta adhesiva transparente	15. 1,21€
	16. Palillos	16. 0,93€
	17. Goma Eva con adhesivo 6 colores (5)	17. 12,45€
	18. 5 libretas pequeñas	18. 20€
	19. Revistas	19. 0€
	20. Tapones de botellas	20. 0€
	21. Botellas de cristal	21. 0€
	22. Corcho	22. 0€
	23. Cartón	23. 0€
		<i>TOTAL:</i>
	<i>(Precio estimado para un año)</i>	

<ul style="list-style-type: none"> Comida 	<ol style="list-style-type: none"> Pan de molde integral (2) Pavo en lonchas Queso en lonchas Chorizo Pamplona Malla de naranjas Cesta de peras Plátanos Mandarinas Achicoria Café descafeinado Café soluble Leche paquete 6 Cereales <p style="text-align: right;"> <i>TOTAL:</i> 42,80€ <i>TOTAL MENSUAL:</i> 151,5€ <i>TOTAL ANUAL:</i> 1818€ </p>	
	<p><i>ANOTACIÓN: para el cálculo del total mensual se tiene en cuenta que el café soluble, el descafeinado y la achicoria se compran cada dos semanas.</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> Material higiene, limpieza y arreglo personal 	<ol style="list-style-type: none"> Champú familiar Jabón de cuerpo Acondicionador familiar 1L Lejía perfumada 2L Amoniaco Multiusos Cristasol Limpia baños Detergente lavavajillas Suavizante Detergente lavadora Tropos 	<ol style="list-style-type: none"> 1,60€ 1,12€ 1,90€ 1,14€ 0,65€ 2€ 1,10€ 1,50€ 2€ 1,79€ 3,80€ 1,79€

	13. Bayetas	13.1€
		<i>TOTAL:</i> 21,39€
		<i>TOTAL MENSUAL:</i> 42,78€
		<i>TOTAL ANUAL:</i> 513,36€



