



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA EN UN CASO ÚNICO DE TRASTORNO BIPOLAR DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Autor/es

Belén Salanova Casanovas

Director/es

José Ramón Bellido Mainar

Cotutora

María Martínez -Losa

Facultad / Escuela

Año

Facultad Ciencias de la Salud

Curso 2012/2013

INDICE

| | |
|----------------------|-----------|
| 1. Resumen..... | Pag 3 |
| 2. Introducción..... | Pag 4-8 |
| 3. Objetivos..... | Pag 9 |
| 4. Metodología..... | Pag 9-14 |
| 5. Desarrollo..... | Pag 15-18 |
| 6. Conclusión..... | Pag 19 |
| 7. Bibliografía..... | Pag 20-23 |
| 8. Anexos..... | Pag 24-40 |

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno del estado del ánimo caracterizado por la combinación de episodios maníacos y episodios depresivos que está considerado como un Trastorno Mental Grave. Desde Terapia Ocupacional se pretende rehabilitar, mantener o adaptar los distintos componentes de la persona que se han visto afectados por la enfermedad mediante la ocupación, con el fin de que el usuario tenga la mayor autonomía y calidad de vida posible.

Objetivo: Con este trabajo se pretende describir el tratamiento desde Terapia Ocupacional (TO) basado en el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) para tratar los componentes de volición, habituación y ejecución en una persona con TB. Además, se valorará si los beneficios obtenidos mediante el tratamiento desde TO perduran después de un año.

Metodología: Se realiza una evaluación inicial en Diciembre de 2011 mediante instrumentos autoaplicados del MOHO. Posteriormente se describen dos intervenciones diferentes, una en Hospital de Día y otra en Centro de Día, en las cuales se trabajan los componentes afectados de la usuaria y sus rutinas.

Desarrollo: Se realizan dos reevaluaciones: una en Febrero de 2012 y otra en Marzo de 2013. La usuaria mejora en el desempeño de las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD), en la ocupación del tiempo libre y en el seguimiento de una rutina. Además, en la última reevaluación después de un año de la primera intervención, se demuestra que los beneficios obtenidos en esta continúan estando presentes.

Conclusión: El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) resulta eficaz para el tratamiento de este caso. Además, se demuestra la efectividad del tratamiento en HD ya que perduran los beneficios en el tiempo.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Modelo de Ocupación Humana y Trastorno Bipolar.

INTRODUCCIÓN

➤ *DESCRIPCIÓN DE LA PATOLOGÍA*

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno que se caracteriza por cambios en el estado de ánimo que fluctúan entre episodios **maniacos** y episodios **depresivos**; también pueden presentar episodios de hipomanía, mixtos o puede suceder que el paciente este un tiempo eutímico. Se considera un - Trastorno Mental Grave (TMG). Por lo general, se ha observado que los pacientes presentan trastornos depresivos de larga evolución, en los que la depresión se ve interferida por la aparición de los episodios maniacos (TB tipo I) o hipomaniacos (TB tipo II) o mixtos (depresión y manía).⁽¹⁾

Los *síntomas* varían según la fase en la que se encuentre:

- Fase maníaca: Hiperactividad, irritabilidad, verborrea, taquipsiquia (puede llegar a fuga de ideas y alegría desenfrenada). El paciente presenta anosognosia, lo que puede llevar a que el paciente abandone el tratamiento o se niegue a tratarse. En la hipomanía es una manía suave en la que no aparecen síntomas psicóticos aunque si presentan los síntomas normales de la fase maniaca pero sin presentar una alteración importante del comportamiento.
- Fase depresiva: el paciente presenta un bajo estado de ánimo, incapacidad para disfrutar, falta de energía, bradipsiquia, ideas negativas, ideas suicidas y de minusvalía.⁽²⁾

Es difícil conocer la *incidencia* del trastorno bipolar ya que su diagnóstico es tardío y no se efectúa en los primeros episodios afectivos. Alrededor del 50% de los casos de trastorno bipolar se inician con un episodio depresivo, siendo diagnosticados como Trastorno Depresivo Mayor. Por ellos, las cifras de incidencia del TB suelen describir primeros episodios de manía. Los estudios publicados muestran variaciones de la incidencia entre 1,7 y 6,2 por 100.000 al año. La *prevalencia* a lo largo de la vida del TB se encuentra entre el 0,5 y 1,6%. En la mayoría de estudios se observa una edad bimodal de inicio, siendo la máxima frecuencia entre los 28 y los 44 años, y una disminución del riesgo a partir de los 50.⁽³⁾

El objetivo del *tratamiento* en el TB es mantener al paciente estable y compensado. Se utilizan dos tipos de tratamiento: farmacológico y psicoterapéutico. Los fármacos que se usan en el tratamiento del TB son los eutimizantes o reguladores del humor (litio), antipsicóticos (haloperidol), antidepresivos y los ansiolíticos/hipnóticos. Dentro de la psicoterapia podemos encontrar distintos tratamientos como: terapia cognitivo-conductual, terapia de familia, de relajación, psicoeducación y la terapia interpersonal y de ritmo social. ⁽⁴⁾

➤ JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TO

La **práctica de Terapia Ocupacional en el ámbito de Salud Mental** aporta ocupaciones, interacciones y adaptaciones del entorno para facilitar a la persona la recuperación, el desarrollo o la conservación de roles para mantener el bienestar personal, lograr metas significativas y relaciones apropiadas en su marco sociocultural. Por lo tanto, puede trabajar desde distintos enfoques (adaptar, mantener, desarrollar o recuperar), según el estado en el que se encuentre el usuario. Como medio de tratamiento se utiliza la **Ocupación** (actividad con propósito y significado para la persona), teniendo importancia no solo la realización de la actividad, sino también los beneficios que va obteniendo la persona al realizarla. Además, constituye una forma de dar significado a la vida de las personas, ayuda a que los sujetos participen como ciudadanos en su entorno, contribuye a la adaptación al medio y su transformación y promueve el desarrollo, mantenimiento y recuperación del funcionamiento individual. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

La aparición del papel del Terapeuta Ocupacional en Salud Mental tuvo una gran importancia en el tratamiento del paciente psiquiátrico, ya que ha otorgado la oportunidad de cambiar su condición de “afectados” a convertirse en agentes de su propia rehabilitación. ⁽⁷⁾

Dentro del **tratamiento del Trastorno Mental Grave (TMG)** la práctica clínica de la Terapia Ocupacional se divide en tres procesos: proceso de evaluación, proceso de planificación y proceso de intervención. Se debe tener en cuenta los deseos y prioridades de los usuarios con los que se trabaja, así como los medios a través de los cuales los pacientes prefieren

expresarse; prestando atención a las limitaciones propias de cada usuario.
(8)

Si nos centramos en el **tratamiento desde Terapia Ocupacional del Trastorno Bipolar**, tenemos que tener en cuenta en qué fase se encuentra el paciente. En la fase depresiva, el TO debe valorar el enlentecimiento psicomotor que sufre el paciente, ofreciendo las instrucciones de una forma simple y dejando tiempo al paciente para responder. En la fase maníaca, el TO debe evitar el exceso de actividad, ya que el usuario puede no ser consciente del agotamiento físico. Además, presentan alteración del juicio (en la fase depresiva hay una visión negativa exagerada y en la maníaca no hay nada negativo) por lo que es necesario ayudar al usuario y a la familia a reconocer los precursores de los episodios maniacos o depresivos para disponer de una rápida intervención. (9)

Es importante destacar el uso de fármacos y psicoterapia de forma conjunta en el tratamiento del Trastorno Bipolar. En el estudio piloto realizado por Ana González Isasi, Enrique Echeburúa y Ana González-Pinto Arrillaga el objetivo fue poner a prueba la eficacia del tratamiento combinado (psicoterapia más fármacos) en relación con el tratamiento farmacológico estándar de pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar. No se confirmó la hipótesis, un 80% de los pacientes del grupo experimental y un 70% del grupo control experimentaron una mejoría en el seguimiento de 6 meses, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, se observó que en el grupo experimental hubo una mejoría en la asertividad y en la calidad de vida global que no se dio en el grupo control. (10)

Se puede decir que la psicoterapia mejora la eficacia de la medicación en el TB. Dentro de las terapias psicológicas están bien establecidas la psicoeducación, la terapia marital y familiar y la terapia cognitivo-conductual, así como la terapia interpersonal y del ritmo social que en los primeros resultados muestra que podría ser eficaz. (11)

La **terapia cognitivo-conductual** es la que se muestra más efectiva para el tratamiento de TB así como otras patologías. Además, al combinarla con

tratamientos farmacológicos se establece una clara mejoría ya que los fármacos actúan sobre la reducción de los síntomas y el enfoque cognitivo-conductual ayuda al aumento de competencias. ⁽¹²⁾

En el caso de la **terapia interpersonal y del ritmo social**, según un estudio realizado por Ellen Frank et al., se demuestra que mejoró las relaciones interpersonales y el funcionamiento ocupacional significativamente más rápido que el grupo de pacientes que recibió psicoeducación. ⁽¹³⁾

En otro estudio, se valoró la eficacia de la **rehabilitación funcional** en una muestra de pacientes eutímicos con TB. Se demostró que mejoraba la funcionalidad de los pacientes y que había una interacción entre la asignación y el tiempo de tratamiento. ⁽¹⁴⁾

Por último, desde un punto de vista psicosocial y mediante el **Modelo de Ocupación Humana**, Navarrón Cuevas E. defiende que mediante este modelo el TO ofrece unas técnicas y estrategias de intervención que permiten a las personas afectadas por una enfermedad mental, la consecución y el mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados. ⁽¹⁵⁾

➤ *PROPOSITO GENERAL DEL TRABAJO*

El objetivo que se persigue en el trabajo es describir el tratamiento desde Terapia Ocupacional en una persona con trastorno bipolar, centrándose en los componentes de habituación, de volición y ejecución de la paciente según el Modelo de Ocupación Humana [Anexo 1], para mejorar la búsqueda de intereses, la adaptación de los roles y las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD). Se evalúa la continuidad de los beneficios obtenidos desde el tratamiento de Terapia Ocupacional durante un año.

➤ DESCRIPCIÓN DEL RECURSO

En el siguiente trabajo se describirán dos intervenciones, la primera se realiza en el Hospital de Día Psiquiátrico y la segunda se realiza en un Centro de Día de Salud Mental.

1. Hospital de Día

El hospital de día se caracteriza por ofrecer al paciente una atención médica activa, desarrollando programas terapéuticos en los que participa durante unas horas diarias (de 9:00 a 15:15).

El objetivo es ofrecer un tratamiento psiquiátrico durante un breve periodo de tiempo (de 4 a 8 semanas) y que permita una intervención precoz e integral de la psicosis previniendo futuras recaídas. ⁽¹⁶⁾

La Terapeuta Ocupacional trabaja conjuntamente con el equipo multidisciplinar formado por: psiquiatra, psicólogo, enfermera, auxiliar y trabajadora social.

El tratamiento se realiza mediante diferentes talleres: creatividad, autonomía, Buenos Días, habilidades sociales, control de ansiedad, psicoeducación, autonomía personal, planificación del fin de semana, prensa y debate. Son realizados por la trabajadora social, la enfermera, el psicólogo y la Terapeuta Ocupacional.

2. Centro de Día

Es un centro de rehabilitación psicosocial especializado en personas con enfermedad mental crónica.

Se trata de un centro de atención diurna en un horario de 09:00 a 14:00, aunque también se realizan actividades por las tardes.

Tiene como finalidad ofrecer un tratamiento psiquiátrico intensivo e individualizado durante un determinado periodo de tiempo que variará según las necesidades de cada paciente. Está dirigido a la formación e inserción laboral, a través de los distintos talleres y la normalización/recuperación de los roles.

Actualmente en el Centro de Día se realizan tres tipos de programas de tratamiento:

1. Programa de soporte social y estructuración de la vida cotidiana.
2. Dispositivos de inserción ocupacional y rehabilitación laboral.
3. P.R.I (Programa activo de rehabilitación psicosocial).

OBJETIVOS

Los objetivos generales del trabajo son:

- Comprobar la efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional evaluando los beneficios obtenidos durante un año en un caso único de Trastorno Bipolar.
- Describir un plan de intervención basándose en el Modelo de Ocupación Humana para la rehabilitación de los componentes de volición, habituación y ejecución centrándose en la búsqueda de intereses, la ocupación del tiempo libre, la adaptación de roles y la mejora de las AIVD, en un caso único de TB.

METODOLOGÍA

En el siguiente apartado se describirá la evaluación inicial, realizada en Diciembre de 2011. Como se explicará en el apartado de desarrollo, se realizarán dos reevaluaciones, la primera se realiza en Febrero de 2012 y la segunda en Marzo de 2013. Además, el trabajo se compone de dos intervenciones: una realizada en el hospital de día y otra en el centro de día.

Descripción del caso

Mujer de 37 años diagnosticada de Trastorno Bipolar. En los últimos 6 meses ha ingresado 5 veces en la Unidad de Agudos y 2 en el hospital de día. Se encuentra ingresada en Agudos aunque se le permite salir por las tardes. Las mañanas acude al Hospital de Día para posteriormente darle el alta en Agudos e ingresar en el Hospital de Día.

La usuaria vive sola, en un apartamento. Es diplomada en Enfermería, aunque actualmente está jubilada y recibe un pensión del 100%.

Su hermana supervisa a la usuaria y acude a su casa tres veces por semana. Además costea el programa de acompañamiento del que dispone, aunque en el momento del ingreso en Hospital de Día se suspende.

➤ EVALUACIÓN INICIAL

La evaluación inicial se realiza en el momento en el que el usuario ingresa en el Hospital de Día, normalmente se realiza durante la primera semana, una evaluación en cada taller. En todo momento hay que explicar al usuario que debe de hacer y para qué lo hace, y afirmar que esta información es confidencial y que sirve para guiar la intervención que se va a realizar. Además, se utilizará la observación para evaluar el comportamiento del usuario en las actividades.

Se evalúa a la usuaria utilizando Autoevaluaciones propias del Modelo de Ocupación Humana para establecer una valoración de la persona en los tres componentes (volición, habituación y ejecución): Listado de Intereses, Listado de Roles y Autoevaluación ocupacional. Además de estas, se realizan otras evaluaciones como el cuestionario de metas personales realizado por la Terapeuta Ocupacional y la Escala de autoestima de Rosenberg. ⁽¹⁷⁾

Resultados:

Volición:

Causalidad personal: Es capaz de realizar prácticamente todas las actividades que se proponen en los talleres dentro del Hospital de Día aunque fuera, en su casa, no realiza ninguna actividad y le cuesta mucho estructurarse el tiempo libre y planificar sus tardes.

Se muestra una contradicción a la hora de verbalizar sus habilidades, ya que muchas veces exagera sus capacidades y otras es incapaz de reconocerlas.

Su nivel de autoestima es bueno, aunque afirma que desearía valorarse más.

Valores: La usuaria es capaz de reconocer y expresar sus valores aunque presenta dificultades al identificar de qué personas le provienen y le causa ansiedad.

En el cuestionario de metas personales no es capaz de identificar ninguna meta aunque a la pregunta de ¿Qué cosas has querido hacer/aprender siempre? responde que le gustaría realizar deporte, coser y “aprender técnicas que me ayuden con el desarrollo personal”.

Intereses: En el Listado de Intereses, la usuaria identifica solo dos intereses en el presente: jardinería y cuidado de mascotas. Aunque verbaliza que en el futuro le gustaría realizar actividades de carpintería y bricolaje.

Habitación:

Roles: En el Listado de Roles, la usuaria identifica todos los roles en el pasado (exceptuando el de voluntario), en el presente identifica el rol de cuidador, cuidador del hogar y el de miembro de la familia; de cara al futuro, la usuaria identifica los roles de estudiante (verbaliza que le gustaría "Hacer algún curso"), el de cuidador del hogar, amigo, miembro de familia, aficionado y participante en organizaciones.

Los roles más valorados para la paciente son el de trabajador, cuidador del hogar, miembro de la familia y el de amigo.

En la evaluación, refiere que el rol de amigo y de trabajador son muy importantes para ella pero que debido a su enfermedad no va a poder recuperarlos y por eso no los identifica en su futuro, ya que lo ve "imposible" y esto le produce mucha ansiedad.

Hábitos: La planificación de su día a día la realiza en el taller de "Buenos Días" ya que no es capaz de hacerlo por sí sola. Presenta grandes dificultades a la hora de establecer pautas en su rutina diaria y necesita apoyo para planificar todas sus actividades.

Por las mañanas acude al Hospital de Día y por las tardes cuando vuelve a su casa solo sale a la calle para pasear a su mascota. No es capaz de comenzar por sí sola ninguna actividad fuera del hospital y cuando lo hace, la abandona antes de terminarla.

La paciente reconoce su dificultad y pide ayuda constante para la búsqueda de nuevas actividades.

Ejecución:

En la Autoevaluación ocupacional la usuaria identifica problemas en todas las actividades relacionadas con el cuidado del hogar, con el manejo del dinero, con la identificación y resolución de problemas y con las relaciones interpersonales.

Identifica como muy importantes los ítems: llegar a donde necesito ir, concentrarme en mis tareas, manejar mis necesidades básicas, expresarme con otros, llevarme bien con otros, Identificar y resolver problemas, manejar mis responsabilidades, personas que me apoyen y me alienten y personas que hagan cosas con migo. Los demás ítems los identifica como importantes, excepto "Cuidar el lugar donde vivo", que lo identifica como poco importante.

En la evaluación de la autonomía personal propia del Hospital de Día, identifica que necesita apoyo en las siguientes actividades:

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| - Elegir mi ropa de vestir | - Limpiar el baño |
| - Administrar mi medicación | - Limpiar el polvo |
| - Hacer la lista de la compra | - Preparar la cena |
| - Comprar | - Poner la mesa |
| - Administrar el dinero | - Bajar la basura |
| - Manejar el dinero | - Ocupar el tiempo libre |
| - Poner la lavadora | - Salir a divertirse |

Además expresa que las actividades de preparar la cena, poner la mesa, limpiar el polvo, y leer no quiere hacerlas.

La usuaria presenta severas dificultades para la realización de las actividades del cuidado del hogar y para la administración del dinero, necesitando apoyo y supervisión constante.

Ambiente:

La paciente cuenta con el apoyo principal de su hermana, quien la visita en su casa y supervisa que este correctamente ordenada y limpia. Anteriormente contaba con un programa de acompañamiento que lo costeara su hermana, aunque se suspende en el último ingreso en la Unidad de Agudos.

Recibe una pensión por incapacidad del 100%, aunque no es capaz de administrar correctamente el dinero.

Su red de apoyos es disminuida, ya que solo obtiene apoyo de su familia y de su mascota. Le produce mucha ansiedad establecer relaciones con

personas ajenas al hospital y sus amigos los ha perdido ya que no queda con ellos por miedo a que la juzguen.

➤ DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

A continuación, se describen dos intervenciones: la primera realizada en el Hospital de Día y la segunda en el Centro de Día. En la primera intervención planifiqué y realice las actividades del tratamiento, pero en la segunda mi papel fue de observadora. Además obtuve información de la propia usuaria y de la Terapeuta Ocupacional del Centro de Día de las actividades que se realizaban.

En el Hospital de Día y Centro de Día la intervención desde Terapia Ocupacional se realiza de manera grupal. La intervención grupal desde Terapia Ocupacional se fundamenta en el hecho de que el comportamiento individual se modifica cuando se inscribe en el seno de un grupo, existiendo grupos con distintos enfoques de intervención (grupos de habilidades sociales, de orientación psicodinámica, de orientación humanista...) y habiendo evolucionado continuamente desde sus principios. ⁽¹⁸⁾

Como he mencionado anteriormente, en el hospital de día se realizan diversos talleres, aunque en la siguiente descripción solo aparecerán los talleres en los cuales se han tratado los objetivos principales de la intervención (Buenos Días, Taller de Autonomía Personal, Taller de Autoestima y Taller de Debate). Estos objetivos son:

- Intervenir en los componentes de habituación y volición para obtener una mejoría en la búsqueda de intereses y una potenciación de los roles.
- Mejorar la vida social de la usuaria, proporcionando estrategias adecuadas para el desarrollo de las relaciones interpersonales.
- Mejorar el desempeño en las AIVD, potenciando las habilidades y analizando paso por paso las actividades.

Aunque la actividad sea grupal los componentes se adaptan a las necesidades individuales de cada usuario, de tal forma que la actividad sea beneficiosa para todos los pacientes.

La intervención duró 3 meses (de Diciembre de 2011 a Febrero de 2012). La descripción de las actividades realizadas se muestra en la Tabla 1 en el Anexo 2.

Cada taller dura aproximadamente 50 min. Se proporciona información a la semana a la usuaria para la búsqueda de actividades nuevas, como la realización de cursos o la práctica de diferentes deportes en grupos sociales. La paciente se muestra motivada pero nunca llega a finalizar los cursos o siempre retrasa el momento de contactar con los diferentes grupos.

La usuaria se muestra con una actitud correcta en todas las actividades. Al principio del tratamiento se mostraba somnolienta y apenas realizaba alguna actividad. Mostraba inestabilidad emocional a la hora de identificar sus intereses, además mostraba mucha ansiedad al hablar de su vida social y de su futuro. Según fue avanzando el tratamiento su actitud fue mejorando y al final se mostraba muy participativa en todas las actividades.

La intervención en el Centro de Día se desarrolla desde Marzo de 2012 hasta la actualidad. La usuaria acude al centro todas las mañanas de lunes a viernes y dos tardes por semana. Acude al taller de bricolaje donde realiza diferentes actividades en grupo. Además, por las tardes, acude a diferentes actividades como pintura y fútbol.

Recientemente, ha sido incorporada en el taller vocacional de los viernes, donde realizan actividades para la reinserción laboral; aunque la paciente no quiere trabajar ya que no se ve capacitada pero afirma que el taller le beneficia para, en un futuro, realizar algún curso.

Cuenta con un apoyo para el cuidado del hogar y le visita una persona del centro una vez por semana, para asegurarse de que la casa está limpia y recogida, además de proporcionarle ayuda si la necesita.

DESARROLLO

El proceso de reevaluación se compone de dos reevaluaciones diferentes en un año:

- La primera, se realiza en Febrero de 2012, en el momento de alta en el hospital de día.
- La segunda, se realiza en Marzo de 2013, durante su estancia en el centro de día.

Para las dos reevaluaciones se utilizan los mismos instrumentos que para la evaluación inicial y además, en la última de ellas, se realiza una entrevista abierta a la paciente.

Primera reevaluación:

Se realiza en Febrero de 2012, en el momento del alta de la usuaria en hospital de día. [Anexo 3]

Dentro del componente **volicional**, se puede observar un aumento del nivel de intereses de la usuaria, fomentado así la participación en nuevas actividades. Se observa un aumento en la autoestima, presentado mayor confianza en sí misma y una mayor afirmación de sus propios valores, manifestando su intención y proposición para realizar más actividades y ocuparse de sus responsabilidades del día a día. En cuanto a sus metas personales, es capaz de identificar dos metas a corto plazo: Acudir a cursos de informática y mantener la casa limpia sin ayuda.

En el componte de **habituación**, se observa que la valoración de importancia de los roles no ha cambiado, pero si identifica los roles de aficionado y estudiante, ya que ha comenzado a realizar un curso de cocina y a empezado a leer libros. Sigue manteniendo que no va a ser capaz de recuperar el rol del trabajador y le produce ansiedad.

Presenta menor dificultad a la hora de planificar su día a día y ya no necesita apoyo constante para la búsqueda de actividades.

En el componente de **ejecución**, la usuaria sigue identificando como limitación el cuidado del hogar, pero observa mejorías en actividades como

hacer la comida, recoger el salón y utilizar el teléfono. Presenta mayor interés en la realización de las AIVD aunque sigue presentando dificultades.

Segunda reevaluación:

Se realiza en Marzo de 2013, mientras la usuaria asiste al Centro de día. Se utilizan los mismos instrumentos que para la evaluación inicial y además se realiza una entrevista abierta y se evalúa la calidad de vida a través del GHQ-28. [Anexo 3]

Volición: Es capaz de identificar muchos más intereses aunque solo uno identifica que su nivel de interés es mucho: Ver fútbol; por el contrario marca como ningún interés en las actividades de Limpiar la casa y lavar/planchar. El nivel de autoestima ha disminuido, afirmando que se siente fracasada y que no sirve para nada, aunque también se muestra de acuerdo con que tiene cualidades buenas.

Sigue manteniendo sus valores aunque ha perdido confianza en sí misma y no identifica valores en la vida social.

Es capaz de identificar sus metas personales y le da suma importancia a conocer gente nueva.

Habituación: El estado de sus roles ha variado, identifica perfectamente sus roles en el presente (cuidador, cuidador del hogar, amigo, miembro de la familia y aficionado) y en el futuro, siendo estos los mimos. Descarta la posibilidad de recuperar el rol de estudiante y trabajador porque "su enfermedad no se lo permite". El nivel de valoración de los roles ha cambiado e identifica todos los roles como muy valorados excepto el de cuidador del hogar (bastante valorado), participante religioso (apenas valorado), aficionado (bastante valorado) y participante en organizaciones (apenas valorado).

Es capaz de planificar su día a día sin ningún tipo de dificultad y ha encontrado nuevas actividades, como el bricolaje y el fútbol.

Es capaz de ocupar todas las tardes y no se queda tumbada en el sofá como hacia hace un año.

Ejecución: No presenta ninguna dificultad para realizar las AIVD, aunque necesita supervisión para manejar y supervisar el dinero. Ya no presenta dificultades para el cuidado del hogar, aunque asegura que le cuesta comenzar la actividad pero luego no presenta problemas y es capaz de acabarla.

A través del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28), se valora la calidad de vida de la paciente, en el que obtiene un total de 18 puntos, lo que indica que existe un malestar de la usuaria hacia la percepción de su vida. ⁽¹⁹⁾

Además, se realiza una entrevista con preguntas abiertas para conocer su opinión y su satisfacción con el tratamiento obtenido desde Terapia Ocupacional tanto en el hospital de día como en el Centro de día. En general, la paciente se muestra muy satisfecha con el tratamiento recibido y es capaz de valorar e identificar que beneficios le ha aportado la Terapia Ocupacional y si es capaz de continuarlos en el tiempo. [Anexo 4]

➤ *DISCUSIÓN*

Tras la intervención desde Terapia Ocupacional basada en el Modelo de Ocupación Humana y la valoración de los beneficios obtenidos después de un año, puedo afirmar que la usuaria ha experimentado diversas mejorías. La usuaria ha adquirido nuevos métodos para la búsqueda de actividades nuevas y así poder ocupar su tiempo libre. Además, es capaz de seguir adecuadamente una rutina y estructurar su día a día. Ha mejorado en la realización de las AIVD, sobre todo en el cuidado del hogar, aunque sigue manteniendo dificultades en el manejo del dinero.

En mi opinión, la terapia grupal resulta beneficiosa para la usuaria, ya que obtiene beneficios para su vida diaria y tiene la oportunidad de relacionarse. Esto concuerda con el estudio realizado por D. Castle et al. en el que observaron que el grupo experimental que había recibido terapia grupal tenía menos recaídas que el grupo control. ⁽²⁰⁾

Sin embargo, ha disminuido la confianza en sí misma y su autoestima, esto puede indicar que es más consciente de sus límites y tiene mayor conciencia de su enfermedad. También he de mencionar que en el momento de la última reevaluación la usuaria se encontraba en una situación familiar complicada y estaba afectada.

Considero importante mencionar la importancia de la relación terapeuta-paciente, ya que la relación terapéutica tiene suma importancia en el tratamiento de una persona con enfermedad mental. Al igual que Bellido Mainar JR y Berrueta Maeztu LM, considero que la relación terapéutica es la base de nuestra profesión y es muy importante conocer qué habilidades y qué situaciones se deben de dar para que halla o no una relación adecuada.

(21)

En este caso, en la última evaluación, la usuaria sentía el “deber de agradar” y, en mi opinión, exagero sus cualidades y su estado de salud en la última reevaluación.

Como métodos de tratamiento, el mayor beneficio se obtiene combinando la terapia farmacológica con la psicoterapia, al igual que se observa en el estudio realizado por Ana González Isasi, Enrique Echeburúa y Ana González-Pinto Arrillaga, ya que sin una estabilidad de la usuaria provocada por la adecuada medicación no se podría trabajar adecuadamente desde Terapia Ocupacional. ⁽¹⁰⁾

Entre la intervención en Hospital de Día y Centro de Día hay múltiples diferencias, aunque se demuestra que ambas son de suma importancia. En Hospital de día la usuaria estableció una rutina diaria y obtuvo los métodos necesarios para la búsqueda de actividades y la ocupación del tiempo libre, lo que le sirvió de “puente” para la posterior intervención en el Centro de Día.

CONCLUSIÓN

Después de la realización de este trabajo, puedo confirmar que el Modelo de Ocupación Humana es beneficioso para el tratamiento de este caso de TB, ya que permite tratar los componentes de la persona, ocupar su tiempo y establecer una rutina; aunque no puedo comparar su efectividad porque no he encontrado evidencia científica de un caso similar.

Además, la valoración de los beneficios obtenidos después de un año me ha permitido comprobar que la usuaria ha continuado utilizando las estrategias obtenidas desde el tratamiento de Terapia Ocupacional en el Hospital de Día; lo que me hace afirmar que, aunque hay un tiempo reducido para el tratamiento, es beneficioso y efectivo. He de añadir que sin una continuidad de tratamiento (Centro de Día) la usuaria no habría mantenido una estabilidad funcional y esto, probablemente, hubiera provocado una recaída y probablemente un reingreso.

Hoy en día, las estrategias de tratamiento más comunes para el Trastorno Bipolar son la terapia cognitivo-conductual, la psicoeducación y la terapia interpersonal y del ritmo social, aunque no son las únicas para este tipo de patología, como se demuestra en este trabajo. Sin embargo, aunque en los últimos años se ha evolucionado, tanto en terapia biológica como psicológica, las personas afectadas de Trastorno Bipolar siguen sin obtener una calidad de vida similar a la de una persona sin ningún tipo de afectación mental.^{(11) (12)}

BIBLIOGRAFÍA

1. Eduard Vieta i Pascual, Francesc Colom i Victoriano, Anabel Martinez-Arán. La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar. Barcelona: Psiquiatria Editores S.L, 2004.
2. Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Alzate García M. Trastornos afectivos: Trastornos Bipolares. En: Gomez Restrepo et al. Psiquiatria clínica: Diagnostico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. 3ªed. Bogotá: Editorial Medica Internacional, 2008.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012.
4. Uribe M, Gomez-Restrepo C. Trastorno afectivo bipolar. En: Uribe M, Gomez-Restrepo C. Guías de manejo en psiquiatría. Bogotá: Hermanas Hospitalarias, 2007.
5. García Gonzalo N, Canosa Domínguez N, Talavera Valverde MA. El significado de la ocupación en los servicios sanitarios de Salud Mental. Comunicación presentada en: 4º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2003. Psiquiatria.com. Febrero de 2003. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2405>
6. Moruno Miralles P. Talavera Valverde MA. Ocupación y Salud Mental. En: Moruno Miralles P. Talavera Valverde MA. Terapia Ocupacional en salud mental. Barcelona: Elsevier Masson S.L, 2012.
7. Rueda C L, Valdebenito C, Lolas F. La ocupación: ciencia y técnica de terapia ocupacional para la intervención en psiquiatría. Rev. chil.

- neuro-psiquiatr. [revista en la Internet]. 2005 Mar [Consultado el 20-03-2013] ; 43(1): 33-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100005&lng=es.
8. Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña). [revista en Internet].2007 [consultado el 20-03-13];(5): [52p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>
 9. Ward J. Adultos con enfermedades mentales: diagnósticos psiquiátricos y aspectos relacionados de la intervención. En: Crepeau E, Cohn E, Schell B. Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
 10. González Isasi A, Echeburúa E, González-Pinto Arrillaga A. Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con Trastorno Bipolar refractarios al tratamiento: un estudio piloto. Análisis y modificación de conducta. 2003 [consultado el 20-03-2013]; ISSN-e 0211-7339, 29(127): 649-671. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=790282>; http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/21-dise_eval_program_evalpsi.pdf.
 11. Becoña E, Lorenzo MC. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Psicothema. 2001 [consultado el 28-03-2013] 13 (3):511-522. Disponible en: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7903/7767>
 12. Echeburúa E, De Corral, P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2001 [consultado el 28-03-2013] (1): 181-204.

13. Frank, E; Soreca, I; Swartz, H.A; Fagioli I, AM; Mallinger, AG; Thase, ME et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. AJP. 2008; 165 (12): 1559-1565.

14. Torrent C; del Mar Bonnin C; Martínez-Arán A; Valle J; Amann BL; González-Pinto A; Crespo JM; Ibáñez A; García-Portilla MP; Tabarés-Seisdedos R; Arango C; Colom F; Solé B; Pacchiarotti I; Rosa AR; Ayuso-Mateos JL; Anaya C; Fernández P; Landí; Romero R; Alonso-Lana S; Ortiz-Gil J; Segura B; Barbeito S; Vega P; Fernández M; Ugarte A; Subirà M; Cerrillo E; Custal N; Menchón JM; Saiz-Ruiz J; Rodao JM; Isella S; Alegría A; Al-Halabi S; Bobes J; Galván G; Saiz PA; Balanzá-Martínez V; Selva G; Fuentes-Durá I; Correa P; Mayoral M; Chiclana G; Merchan-Naranjo J; Rapado-Castro M; Salamero M; Vieta E: Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. Am J Psychiatry 2013; (170):852–859.

15. Navarrón Cuevas E, Ortega Valdivieso A. Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana. Interpsiquis. 2003 [consultado el 23-04-2013]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

16. González C, Villaño G, Martínez de Murguialday B, García MJ, Pérez de Heredia JL, Ruiz de Larrinaga B, Pérez de Lazarraga I. El Hospital de Día como estrategia de intervención precoz en la rehabilitación del enfermo mental. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática. 1999, ISSN 0210-8348, 20(3): 21-26.

17. Morejón Vázquez AJ, García-Bóveda Jiménez R, Jiménez Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez

- en población clínica española. *Apuntes de Psicología*. 2004, ISSN 0213-3334, 2004, 22(2): 247-255.
18. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Grupos en Terapia Ocupacional. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. *Terapia Ocupacional en salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson S.L, 2012.
19. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 1986. 16 (01): 135-140.
20. Castle D, White C, Chamberlain J, Berk L, Lauder S, Murray G, Schweitzer I, Piterman L, Gilbert M. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2010, 196 (5): 383-388.
21. Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010 [consultado el 29-06-2013]; 8(19): [20p.] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1- MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) fue desarrollado por Gary Kielhofner con el objetivo de explicar de qué modo las personas son motivadas hacia la ocupación, la forma en la que se realiza y los patrones que adopta, así como su papel en la salud y enfermedad de los seres humanos.

Este modelo considera al ser humano en su globalidad: cuerpo y mente; y establece que está compuesto por tres componentes interrelacionados:

- ❖ Volición: Es la motivación por la ocupación y se compone de causalidad personal, valores e intereses.
- ❖ Habituaación: es el proceso por el cual la ocupación se organiza en patrones o rutinas. Se compone de los hábitos y los roles.
- ❖ Capacidad de desempeño: son las habilidades físicas y mentales del ser humano que se requieren para una ocupación hábil.

Este modelo considera que los seres humanos analizan el entorno (físico, social y cultural), analizan la información recibida y a partir de ello organizan su conducta ocupacional. Por tanto, el ambiente es un componente importante en la ocupación e interacciona con los componentes internos de la persona.

ANEXO 2: TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LOS TALLERES DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

| TALLERES | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | OBJETIVOS | OBSERVACIONES |
|------------------------------|---|---|--|
| <i>Taller de Buenos días</i> | - Planificación del día: En una plantilla de planificación la usuaria debe escribir las actividades que va a realizar por la tarde e indicar a qué hora las va a realizar. | Potenciar la planificación y la búsqueda de actividades | Al comienzo del tratamiento la usuaria no es capaz de identificar ninguna actividad y pasa todas las tardes tumbada en el sofá. Poco a poco comienza a realizar actividades. MOHO ejecución y habituación. |
| <i>Taller de Autoestima</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Autoestima: se reparte unas fichas con la definición, explicación de los elementos internos y externos que la conforman y nombrar y explicar los 6 pilares que sustentan la autoestima. - "Si yo fuera": Se explica la actividad y se reparten las fichas del cuestionario. Cada paciente debe contestar individualmente. - "Árbol": Se pide a los usuarios que dibujen o realicen un árbol con recortes de revistas en el cual el tronco sean ellos mismos y las ramas sean gente cercanos a ellos que les hayan aportado o transmitido diferentes cualidades y fortalezas e identifiquen estas. | <p>Conocer que es autoestima como trabajarla.</p> <p>Identificar aspectos de la personalidad (valores, intereses, causalidad personal, hábitos y roles) que permitan comprenderse mejor al sujeto.</p> <p>Identificar fortalezas personales y cualidades.</p> | <p>La usuaria se muestra receptiva en los talleres aunque se muestra adormilada debido a la medicación. Comprende la importancia de la autoestima e identifica sus cualidades propias sin apenas dificultades aunque no identifica de qué persona pueden provenir. MOHO volición</p> |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Taller de Autonomía Personal | -Secuenciación de actividades: Se pide a la usuaria que anote en un folio las actividades que presentan dificultades. Limpiar la casa, administrar el dinero y comprar la comida. Con cada actividad, se pide a la paciente que describa paso por paso su realización y en que encuentra la mayor dificultad. Se comentan nuevas estrategias para abordar la actividad. | Analizar la secuenciación de cada actividad problemática y ofrecer posibles estrategias para su correcta ejecución. | La usuaria se presenta con ansiedad y agobio a la hora de hablar sobre las actividades que presentan dificultades para ella. Necesita refuerzo para identificar los problemas y también para cómo solucionarlos. |
| | -Resolución de problemas: Se reparte una ficha con los diferentes pasos para la resolución de problemas. Se lee en grupo y se comenta. Cada paciente aporta su visión y sus dificultades a la hora de resolver un problema y se plantean diversas estrategias conjuntas. | Adquirir diversas estrategias para la resolución de problemas e identificar en que paso falla la usuaria. | Verbaliza que le produce ansiedad estas actividades y que por eso no quiere realizarlas. Se ofrecen estrategias para el tratamiento de la ansiedad aunque se presenta negativa hacia ellas. |
| | -Roles: Se reparte una ficha con la definición del rol y su importancia. Se realiza la autoevaluación del Listado de Roles y cada paciente debe identificar su rol más importante y valorar si ahora lo continua o si lo ha perdido, y en este caso como se podía recuperar. | Conocer qué es un rol y su importancia en el día a día. Identificar sus propios roles y cuales están afectados. | |
| Taller de Debate | -Apego: Se comenta que es el apego y si el ser humano requiere las relaciones sociales para su bien estar. | Conocer la importancia de las relaciones interpersonales y dar estrategias para llevarlas a cabo correctamente. | La usuaria se muestra reacia a cualquier relación social con personas fuera del entorno de salud mental ya que tiene miedo a que la juzgen. |

ANEXO 3- TABLA 2: REEVALUACIONES

Componente volicional:

| Instrumento de valoración | Evaluación inicial (Diciembre de 2011) | Primera Reevaluación (Febrero de 2012) | Segunda Reevaluación (Marzo de 2013) |
|-----------------------------------|---|---|---|
| Listado de intereses | La usuaria solo identifica dos intereses: jardinería y cuidado de mascotas. Presenta dificultad para concentrarse. | Identifica nuevos intereses como cocinar o caminar. Solo marca estos dos intereses más cuidar mascotas y practicas jardinería. | Es capaz de identificar numerosos intereses nuevos como son: Jugar/ver el futbol, leer, ver televisión, ver un deporte, carpintería, cocinar, pintar, escribir y coser. |
| Escala de Autoestima de Rosenberg | Se muestra de acuerdo con las afirmaciones positivas (puedo hacer cosas bien, soy una persona digna de aprecio...) y en desacuerdo con las negativas (siento que soy un fracasado) aunque afirma que a veces se siente inútil y que no sirve para nada. | Se observan pocas diferencias, aunque se muestra en desacuerdo con la afirmación de "a veces pienso que no sirvo para nada", mostrando un aumento en la confianza en sí misma y en su autoestima. | Muestra diversas contradicciones, presentándose de acuerdo con afirmaciones positivas como "soy una persona digna de aprecio" o "tengo cualidades buenas", pero también se muestra de acuerdo con afirmaciones negativas como "Me inclino a pensar que soy un fracasado", "no tengo motivos para sentirme orgulloso de mí", "a veces pienso que soy un inútil y que no sirvo para nada". Además se muestra en desacuerdo con afirmaciones como "tengo una actitud positiva hacia mi mismo" y "Estoy satisfecho de mí mismo". Se muestra muy de acuerdo con la afirmación de que "desearía valorarme más". |
| Metas personales | No es capaz de identificar ninguna meta personal, aunque si identifica actividades que le gustaría aprender como | Es capaz de identificar dos metas a corto plazo: Acudir a cursos de informática y mantener la casa limpia. | Es capaz de contestar adecuadamente a todas las preguntas e identifica nuevas actividades que siempre a querido hacer (cocinar, tener la casa limpia y tocar la guitarra). Además |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | coser, hacer deporte y conocer técnicas para el desarrollo personal. | | identifica que cuidar de su mascota y de sus padres son las actividades más importantes para ella. Identifica dos actividades que se le dan bien: pintar y carpintería. Establece como metas hacer cursos fuera del centro de día y conocer gente nueva, afirma que son objetivos realistas y que para conseguirlos debe "perder el miedo". |
|--|--|--|---|

Componente de habituación:

| Instrumento de valoración | Evaluación inicial (Diciembre de 2011) | Primera Reevaluación (Febrero de 2012) | Segunda Reevaluación (Marzo de 2013) |
|---|---|---|---|
| Listado de Roles | La usuaria identifica como roles del pasado todos menos el de voluntario. En el presente, identifica los roles de estudiante ("voy a hacer algún curso"), cuidador, cuidador del hogar, amigo y miembro de la familia. En el futuro, marca los roles de: estudiante, cuidador del hogar, amigo, miembro de familia, aficionado y participante de organizaciones. Según el nivel de importancia, todos los roles son muy valorados excepto voluntario y aficionado (bastante valorado) y participante religioso y en organizaciones (apenas valorado). | La valoración de los roles del pasado y del futuro no cambia, aunque en el presente identifica también el rol de aficionado. El nivel de importancia no cambia. | No varía la identificación de sus roles pasados, aunque si lo hace la del presente y la del futuro. En el presente identifica los siguientes roles: cuidador, cuidador del hogar, amigo, miembro de la familia y aficionado. En el futuro identifica los mismos roles que en el presente. La única variación en la valoración de importancia de los roles es el paso del rol de voluntario de bastante valorado a muy valorado. |
| Hábitos: Planificación del día a día y planificación del fin de semana. | La usuaria es incapaz de planificar ni identificar ninguna rutina en su vida diaria. | Tiene nuevas capacidades para buscar actividades nuevas y es capaz de planificar su día a día. | No presenta ningún problema para la planificación de su día a día y sigue adecuadamente una rutina diaria. |

Componente de ejecución:

| Instrumento de valoración | Evaluación inicial (Diciembre de 2011) | Primera Reevaluación (Febrero de 2012) | Segunda Reevaluación (Marzo de 2013) |
|---|---|--|---|
| Autoevaluación Ocupacional | <p>La paciente identifica como problema las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentrarme en tareas • Cuidar el lugar donde vivo • Manejar mis finanzas • Expresarme con otros • Llevarme bien con otros • Identificar y resolver problemas • Relajarme y disfrutar • Completar lo que necesito hacer • Tener una rutina satisfactoria • Manejar mis responsabilidades • Llevar a cabo lo que no planifico hacer • Personas que hagan cosas conmigo. <p>Todas las actividades que se presentan las identifica como importantes o muy importantes, exceptuando el cuidado del hogar.</p> | <p>La paciente sigue teniendo dificultades en las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidar el hogar donde vivo. • Manejar mis finanzas. • Expresarme con otros. • Llevarme bien con otros • Identificar y resolver problemas. <p>Sigue identificando todas las actividades importantes, incluido el cuidado del hogar.</p> | <p>La paciente no identifica que le cause problemas ninguna actividad y afirma que las realiza adecuadamente. No valora ninguna actividad como poco importante y reconoce que son todas importantes, siendo las mejores valoradas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegar adonde necesito ir • Manejar mis necesidades básicas • Expresarme con otros. • Llevarme bien con otros. • Identificar y resolver problemas • Manejar mis responsabilidades • Hacer actividades que me gustan • Personas que me apoyen y me alienten • Personas que hagan cosas conmigo • Lugares donde yo pueda ir y disfrutar |
| Evaluación de Autonomía Personal | <p>La paciente identifica que sabe hacer pero necesita ayuda en las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elegir mi ropa de vestir • Administrar mi medicación • Hacer la lista de la compra | <p>La paciente continua necesitan apoyo para las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar mi medicación • Administrar el dinero • Limpiar el polvo • Comprar | <p>La paciente solo necesita apoyo para realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar el dinero. • Administrar el dinero. <p>Afirma que las actividades de ir al médico y estudiar no</p> |

| | | | |
|--|---|---|-------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Comprar • Administrar el dinero • Manejar el dinero • Poner la lavadora • Limpiar el baño • Limpiar el polvo • Preparar la cena • Poner la mesa • Bajar la basura • Ocupar el tiempo libre • Utilizar el teléfono <p>Además afirma que la actividad "salir a divertirse" no sabe hacerlo y que las actividades preparar la cena, poner la mesa y leer no quiere hacerlas. Además identifica que la actividad de buscar empleo no le permiten hacerlo.</p> | <p>Ya no identifica que no quiera hacer ninguna actividad, aunque sigue afirmando que no sabe salir a divertirse.</p> | <p>quiere hacerlas.</p> |
|--|---|---|-------------------------|

ANEXO 4- ENTREVISTA

1. Cómo ves tu futuro? ¿Qué actividades te gustaría realizar?

“No se... No hay nada que realmente quiera hacer y tampoco pienso mucho en el futuro. Me gustaría poder realizar actividades de voluntariado aunque no me veo, ya que hay que relacionarse con la gente... Aunque me gustaría conocer gente nueva, pero me da mucho miedo. Como actividades me gustaría continuar realizando manualidades y seguir con la informática”.

2. ¿Consideras que tu estancia en el Hospital de Día fue beneficiosa para ti? ¿Por qué?

“Si, porque fue como el salto al Centro de día... La entrada”.

3. ¿Cómo describirías tu estancia en Hospital de Día?

“Fue algo bueno, pero lo recuerdo con síntomas psicóticos y ahora ya no los tengo. En el hospital no llegaba a estar bien”.

4. ¿Crees que sigues aplicando los métodos que te indico la Terapeuta Ocupacional en el Hospital de Día para afrontar tus dificultades en tu día a día?

“Si, totalmente, sobre todo en buscar nuevas actividades y en seguir un orden todos los días, una rutina. No he perdido la dinámica de levantarme, asearme, sacar a campanilla...”.

5. ¿Aumentaron tus intereses y tu actividad diaria a raíz del Hospital de Día?

“Si, sin duda me ayudaron a ser capaz de buscar nuevas cosas que hacer y no quedarme en casa...”.

6. ¿Tienes menos dificultades para ocupar tu tiempo libre?

“Tengo menos problemas porque tengo el centro”.

7. ¿En qué aspectos de tu día a día encuentras más dificultades?

“Es a temporadas, por ejemplo ahora me cuesta más limpiar y recoger la casa, depende de mi estado de ánimo, de cómo este... Antes me costaba sacar a campanilla, y ahora estoy pendiente; ahora puedo hacer cosas yo sola”.

8. ¿Qué opinión tienes sobre el tratamiento desde Terapia Ocupacional?

“Muy buena, no conocía la Terapia Ocupacional y me parece excelente, me ayuda a ocupar mi día y creo que es lo que hace que no caiga en crisis.”.

9. ¿Qué diferencia observas entre el Hospital de Día y el Centro de Día?

“En el Centro de Día hay más días, tienes más tiempo y puedes hacer todo con más tranquilidad, en el Hospital de Día es demasiada información en poco tiempo.”.

10. Puntúa del 1 al 10 el tratamiento recibido desde Terapia Ocupacional.

“9”.

ANEXO 5- METAS

METAS PERSONALES

- 1) ¿QUÉ COSAS HAS QUERIDO HACER/APRENDER SIEMPRE?

- 2) ¿QUÉ COSAS SON IMPORTANTES DE HACER PARA MÍ?

- 3) ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES TIENEN PARA MI UN SIGNIFICADO ESPECIAL?

- 4) ¿QUÉ ACTIVIDADES HAGO BIEN/SE ME DAN BIEN?

- 5) ¿QUÉ TRES COSAS ME GUSTARIA HACER DE AHORA EN ADELANTE?
 - 1.-
 - 2.-
 - 3.-

- 6) ¿CUÁL SERÍA SU ORDEN DE PRIORIDAD?

- 7) ¿SON OBJETIVOS REALISTAS O NO? ¿SON COSAS QUE LAS PUEDO HACER O NO SE AJUSTAN A MIS CAPACIDADES?

- 8) ¿Cuándo VOY A HACERLAS?

- 9) ¿QUÉ RECURSOS NECESITO?

- 10) ¿CÓMO ME VOY A ORGANIZAR PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS QUE ME HE PROPUESTO?

ANEXO 6- AUTONOMIA PERSONAL

¿Cómo te evalúas en las siguientes tareas?

| | Sé hacerl o | No sé hacerl o | Lo hago solo (sin ayuda) | Necesito ayuda o supervisión | No me permiten hacerlo | No quiero hacerlo | Lo haría si supiera | Se encargan otras personas |
|---------------------------------------|-------------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Levantarme | | | | | | | | |
| Vestirme | | | | | | | | |
| Elegir mi ropa de vestir | | | | | | | | |
| Hacer la cama | | | | | | | | |
| Preparar mi desayuno | | | | | | | | |
| Administrar mi medicación | | | | | | | | |
| Ducharme | | | | | | | | |
| Hacer la lista de la compra | | | | | | | | |
| Comprar | | | | | | | | |
| Manejar el dinero | | | | | | | | |
| Administrar mi dinero | | | | | | | | |
| Fregar la vajilla | | | | | | | | |
| Barrer el suelo | | | | | | | | |
| Fregar el suelo | | | | | | | | |
| Poner la lavadora | | | | | | | | |
| Planchar | | | | | | | | |
| Limpiar el baño | | | | | | | | |
| Mantener ordenada mi habitación | | | | | | | | |
| Limpiar el polvo | | | | | | | | |

| | Se hacerlo | No sé hacerlo | Lo hago solo (sin ayuda) | Necesito ayuda o supervisión | No me permiten hacerlo | No quiero hacerlo | Lo haría si supiera | Se encargan otras personas |
|---------------------------|---------------|------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Preparar la cena | | | | | | | | |
| Poner la mesa | | | | | | | | |
| Bajar la basura | | | | | | | | |
| Ocupar mi tiempo libre | | | | | | | | |
| Desplazarme en autobús | | | | | | | | |
| Desplazarme andando | | | | | | | | |
| Ir al médico | | | | | | | | |
| Salir a divertirme | | | | | | | | |
| Leer | | | | | | | | |
| Estudiar | | | | | | | | |
| Buscar empleo | | | | | | | | |
| Utilizar el teléfono | | | | | | | | |
| Otros: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

ANEXO 7-ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosenberg)

La autoestima es el reflejo de la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal. Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada (marca con un aspa).

Respuestas:

A: Muy de acuerdo

B: De acuerdo

C: En desacuerdo

D: Muy en desacuerdo

| Nº | <u>Preguntas</u> | A | B | C | D |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|
| 1 | Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2 | Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un fracasado/a | | | | |
| 3 | Creo que tengo varias cualidades buenas | | | | |
| 4 | Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente | | | | |
| 5 | Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí | | | | |
| 6 | Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a | | | | |
| 7 | En general estoy satisfecho/a de mí mismo. | | | | |
| 8 | Desearía valorarme más | | | | |
| 9 | A veces me siento verdaderamente inútil | | | | |
| 10 | A veces pienso que no sirvo para nada | | | | |

ANEXO 8- CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestas a TODAS las preguntas. Muchas gracias.

ÚLTIMAMENTE:

A.1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Mejor que lo habitual. | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual. | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual. |

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Más activo que lo habitual | <input type="radio"/> Bastante menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Menos tiempo que lo habitual | <input type="radio"/> Más tiempo que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más tiempo que lo habitual |

3. ¿ Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Menos que lo habitual | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Más satisfecho que lo habitual | <input type="radio"/> Menos satisfecho que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual |

5. ¿ Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Más útil que lo habitual | <input type="radio"/> Menos útil que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual de útil que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos útil que lo habitual |

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

D. 1 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente. |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |