

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

INTERVENCIÓN EN LAS ÁREAS DE OCUPACIÓN EN PERSONAS CON
ESQUIZOFRENIA DESDE EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA

Autor/a: Beatriz Sabaté López

Tutor/a: Lucía Monteagudo Egea

INDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Objetivo.....	6
Metodología.....	6
Desarrollo.....	8
Bibliografía.....	14
Anexos.....	16

Resumen

Realización de un plan de intervención desde Terapia Ocupacional en pacientes con esquizofrenia desde un centro de día.

En primer lugar, se analizarán las distintas áreas ocupacionales y las herramientas de evaluación que propone el Modelo de Ocupación Humana.

Por último, se propondrán distintas actividades para cada una de las áreas, dependiendo de las necesidades de este grupo de personas con enfermedad de esquizofrenia.

Introducción

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, cuya incidencia según la O.M.S es del 1%, afectando tanto a hombres como a mujeres sin diferencia cultural o socioeconómica. (1)

Se caracteriza por ser un desorden crónico, de duración prolongada y que acarrea un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Está caracterizado por distorsiones típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones. (2)

Existen dos tipos diferenciados de síntomas:

Síntomas por exceso de estimulación o síntomas positivos:

Son síntomas productivos que añaden algo nuevo a la vida psicológica del paciente. (3)

Alucinaciones: se caracterizan por percibir, por cualquiera de los cinco sentido, algo que no existe. Las más frecuentes son las visuales, auditivas y sensitivas. (2)

Delirios o ideas delirantes: son pensamientos anormales que no se explican en base a la realidad, pero que el enfermo los vive como reales y esto hace que actúe en consecuencia. El delirio más frecuente es el de perjuicio, en el que la persona tiene pensamientos de que la gente va contra él y que le pueden hacer daño.

Alteraciones del curso del pensamiento y del lenguaje

Alteraciones de la conducta: producida por los delirios y las alucinaciones.

Síntomas por pérdida de capacidades o síntomas negativos:

Son aquellos con los que las personas pierden una serie de facultades o les resulta muy difícil hacer cosas que al resto nos parecen sencillas. (3)

Alteraciones del afecto: se vuelven poco expresivos porque tienen una dificultad para transmitir los sentimientos especialmente con el cuerpo. Las personas que sufren esquizofrenia son muy vulnerables a la hora de generar respuestas. (2)

Empobrecimiento del pensamiento: las respuestas de estos pacientes suelen ser breves y concretas.

Dificultades en la atención: esta capacidad está disminuida, esto les repercute resultándoles muy difícil centrarse en una tarea.

Dificultades para relacionarse a consecuencia del resto de síntomas negativos y de las dificultades cognitivas.

Enlentecimiento: afecta tanto a los movimientos (bradicinesia) como a las ideas (bradipsiquia).

Falta de energía: Donde más se nota es en la conducta, y muchas veces se suele confundir con falta de interés.

Dificultades para disfrutar: al perder la capacidad de sentir placer, pierden también la ilusión y el interés por lo que les rodea.

Según el DSM-IV-TR se diferencian distintos tipos de esquizofrenia “según los síntomas predominantes en el momento de la evaluación más reciente y pueden modificarse, por lo tanto, a lo largo del tiempo”. (4)

Paranoide: la presencia de delirios o alucinaciones auditivas es prominente.

Desorganizado: destaca el habla y la conducta desorganizada y el afecto plano o inapropiado.

Catatónico: lo más destacado son los síntomas motores característicos.

Indiferenciado: es una categoría inespecífica que se utiliza cuando ninguna de las demás características de subtipo se manifiesta de manera prominente.

Residual: hay ausencia de síntomas positivos pero existen signos persistentes de alteración.

El tratamiento de las personas con esquizofrenia hay que ponerlo en marcha desde un modo global con una variedad muy amplia de recursos asistenciales (3). Estos recursos son: médicos, farmacológicos, psicoterapéuticos, rehabilitadores y familiares.

Dentro del tratamiento, es de gran importancia nombrar la rehabilitación psicosocial, ya que uno de los paradigmas de esta rehabilitación es la Terapia Ocupacional.

“En la década de 1980 se introdujo el modelo de Ocupación Humana y fue articulado en detalle en tres ediciones de A model of Human Occupation: Theory and Application. Este modelo se ocupa de la

motivación por la ocupación, el patrón para la ocupación, la dimensión subjetiva del desempeño y la influencia del ambiente de ocupación" (5).

El modelo conceptualiza a los seres humanos en tres componentes formantes: la volición, la habituación y la capacidad de desempeño y cuerpo vivido. Estos componentes se relacionan de igual a igual.

La **volición** se refiere al proceso en el que las personas se motivan hacia algo y eligen lo que hacen. Incluye una necesidad humana por la acción combinada por pensamientos y sentimientos, determinada por la propia experiencia y vinculadas con el futuro. Comprende:

Causalidad personal: sentido propio de competencia y experiencia (6).

Valores: aquello que uno encuentra importante y significativo hacer.

Intereses: lo que uno disfruta y el produce satisfacción hacer.

El proceso volitivo es el ciclo en el que se encuentran los pensamientos y sentimientos volitivos y que ocurren cuando las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. Es un proceso continuo, la disfunción se produce al romperse este proceso.

La **habitación** es la que se ocupa de organizar las actividades propias en patrones recurrentes que forman la mayoría de las rutinas diarias. (5).

También es la encargada de conectar a las personas con los distintos contextos como son el social, el físico y el temporal y las convierte en funcionales dentro de éstos. Comprende:

Hábitos: tendencias que se van adquiriendo para poder responder y desempeñarse en ambientes o situaciones familiares. (6)

Roles internalizados: incorporación de una definida posición personal y/o socialmente y un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados.

La **capacidad de desempeño** es la capacidad para poder realizar actividades, dada por el estado de los componentes subyacentes, objetivos mentales y físicos y su experiencia subjetiva. (5)

Como dice Gary Kielhofner (2004) "La volición, la habituación y la capacidad de desempeño contribuyen con funciones diferentes pero complementarias a lo que hacemos y como experimentamos nuestro hacer".

Según Josep Clusa, (2004) "El Centro de Día es un recurso sanitario integrado a la red de salud mental de uso público que ofrece un servicio ambulatorio, diurno y dirigido a la rehabilitación (atención intermediaria, terciaria o de recuperación) de los trastornos mentales en situación de cronicidad (TMS)". (7)

Objetivo

Analizar cómo se afectan las áreas de ocupación en personas con esquizofrenia y proponer un programa de terapia ocupacional, que incida sobre éstas, desde un centro de día dirigido a un grupo de pacientes con esquizofrenia.

Metodología

La metodología utilizada para este trabajo se realiza a través de las revisiones bibliográficas del Marco de Trabajo de la AOTA para analizar las diferentes áreas de ocupación, del Modelo de Ocupación Humana para determinar las herramientas de evaluación utilizadas y de guías clínicas y revistas de Terapia Ocupacional para conocer las necesidades de estos pacientes.

Las revisiones bibliográficas han sido realizadas en la biblioteca de la Universidad de Zaragoza, en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, y las guías clínicas y revistas de Terapia Ocupacional me han sido facilitadas por distintos profesionales de la Terapia Ocupacional.

El MOHO acepta y asume la clasificación de la AOTA, que en un principio se llamó la Terminología Uniforme, con 3 ediciones y posteriormente evolucionó al Marco de Trabajo de la AOTA; a continuación evaluaremos cada una de estas áreas desde el Marco de Trabajo (8).

Según el Marco de Trabajo, las distintas áreas ocupacionales son: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria,

descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio o tiempo libre y participación social. (Anexo 1)

Los instrumentos de valoración que se podrían utilizar están recogidos en las herramientas de evaluación del MOHO, estas son: evaluaciones observacionales, autoevaluaciones y entrevistas. Estas evaluaciones serían pasadas en las primeras sesiones del plan de intervención.

Las **evaluaciones observacionales** son las que se encargan de recoger información a través de la observación del comportamiento de las personas. (Anexo 2)

Estas evaluaciones nos pueden brindar información sobre las habilidades de la persona como por ejemplo el AMPS (9) y el ACIS (10), o la que nos proporciona información sobre la volición como es el caso del CV (11).

Las **autoevaluaciones** están diseñadas para que las personas puedan registrar la información sobre ellos mismos, sus circunstancias y sus medios ambientes. Brindan a las personas una voz para caracterizar sus vidas y sus deseos. (Anexo 3)

Las autoevaluaciones más significativas son el Listado de Intereses Adaptado (12), el OQ (13), la OSA (14) y el Listado de Roles (15).

Las **entrevistas**, ya sean formales o informales, brindan gran parte de la información mediante la cual los terapeutas pueden llegar a conocer a los pacientes. (Anexo 4)

La entrevista que se pasarán desde el departamento de Terapia Ocupacional serán la OPHI-II (16) y la WRI (17). Esta última no se podrá pasar a todos los usuarios, y se utilizará solamente en los casos en los que el paciente presente los requisitos para la inserción en un taller laboral.

A través de estas evaluaciones, los resultados obtenidos nos indicarán cuales son las necesidades ocupacionales de este grupo de población con la enfermedad de esquizofrenia, y a partir de ahí se propondrá un programa de intervención.

Desarrollo

En el desarrollo vamos a plasmar un plan de intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con esquizofrenia desde un centro de día.

Dependiendo de las necesidades de los usuarios, se propondrán distintas actividades o tareas en las que se pueda conseguir una mayor autonomía en cada una de las áreas ocupacionales que nos señala el Marco de Trabajo.

Para poder mejorar en estas áreas, los usuarios tendrán que ser partícipes de la selección de dichas actividades, para poder conseguir los objetivos marcados.

Todas las áreas ocupacionales serán tratadas desde los distintos componentes del MOHO, ya que los problemas y desafíos que estas personas tienen, estarán desarrolladas desde los tres subsistemas.

La necesidad que se da en todas las áreas ocupacionales es la declinación de la motivación y pérdida de interés con escaso guión de roles, horario de programa estructurado para apoyar el desarrollo de una rutina funcional, evitación de las responsabilidades y sentido de pérdida y vacío debido a roles perdidos/ausentes y rutina limitada.

Las actividades propuestas, son solo un ejemplo de cómo se podrían trabajar esas necesidades y poder cumplir los distintos objetivos.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Las necesidades de los usuarios en las actividades que engloba las ABVD son las siguientes (18):

Dificultad para iniciar la acción y la autodeterminación, dificultad para buscar ayuda, habilidades de procesamiento limitadas dentro de las tareas cotidianas, la ejecución de las tareas cotidianas es laboriosa y difícil (6).

El objetivo general será potenciar la autonomía en las ABVD.

Por lo tanto, los objetivos específicos serán:

Realizar un cambio de actitudes respecto a sus capacidades para llegar a la consecución de dichas tareas.

Incorporar hábitos normalizados de higiene, vestido y alimentación en su rutina.

Alcanzar una autonomía para el desempeño motriz necesario para las ABVD.

Adquirir praxis correctas para la ejecución de las tareas propias del vestido, aseo y alimentación.

Una actividad que se podría realizar en el programa de intervención podría ser (19):

Taller de autonomía personal consistirá en la realización de distintas actividades en las que se trabaje el aseo personal y el baño, el vestido.

En cada uno de ellos habrá una presentación del taller en power-point, realización de secuencias primero de manera escrita y luego práctica y por último se realizará un cuestionario de verdadero/falso sobre cada uno de los temas que se trabajen. Este esquema se seguirá en cada una de las intervenciones de las áreas ocupacionales.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Las necesidades de estas actividades serán todas las nombradas anteriormente en las ABVD, más a parte las siguientes:

Escasa concentración que conduce a dificultad en las formas ocupacionales, las tareas de la vida cotidiana se degeneran, habilidades de comunicación/interacción afectadas.

El objetivo general será mejorar la autonomía en las AIVD.

Los objetivos específicos serán:

Estimular un cambio de actitudes respecto a sus capacidades para aumentar la eficacia en la realización de compras, gestiones administrativas, desplazamientos por la comunidad.

Alcanzar una autonomía para el desempeño motriz necesario para las AIVD.

Desarrollar los recursos precisos para ejecutar convenientemente tareas para manejar el dinero y hacer compras, cuidar de la casa, desplazarse en el entorno.

El programa de intervención estará compuesto por actividades como:

Taller de gestión de problemas de la vida cotidiana: Entrenamiento en resolución de problemas cotidianos y el desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales necesarios para la reinserción del

usuario en la comunidad y que permita aumentar su nivel de funcionalidad y de esta manera su calidad de vida.

Descanso y sueño

Las necesidades que se producen en este tipo de área son las siguientes: Dificultad para estructurar el día debido a la falta de roles, lo que conlleva al ciclo día/noche invertido que aísla el yo de los otros; medio ambiente doméstico sobreestimulante o de abandono, influencias negativas de drogas, alcohol.

El objetivo general será desarrollar nuevos hábitos de descanso y sueño satisfactorios.

Por lo tanto, los objetivos específicos serán:

Potenciar el valor del descanso haciéndole ver la importancia para la calidad de vida.

Mejorar la organización de la rutina de descanso y sueño.

Desarrollar estrategias de relajación que prevengan el manejo de las emociones.

Una actividad que se podría realizar para la intervención en esta área podría ser:

Programa de relajación: Se adaptará a las necesidades del usuario, podrían ser el método de Jacobson (sobre todo con los pacientes que tienen problemas de diferenciación de la realidad, ya que éste les potencia la toma de conciencia corporal) y técnicas de respiración.

Educación

Las necesidades que nos encontramos ante estas actividades son:

Dificultad para evaluar la capacidad real (capacidades y limitaciones), escasa concentración que conduce a dificultad en las formas ocupacionales; gama de deterioros, especialmente en el área de procesamiento cognoscitivo, atención, memoria, concentración, interferencia lógica y anticipación; habilidades de procesamiento limitadas.

El objetivo general será facilitar el desarrollo de sus potencialidades educativas.

Los objetivos específicos serán:

Aumentar las capacidades atención, memoria y concentración.

Aumentar la eficacia para completar los distintos programas de actividades debido a un cambio en la forma habitual de hacerlo.

Mejorar las habilidades de procesamiento.

El programa de intervención podría estar formado por actividades como:

Taller cognitivo: programa de estimulación cognitiva ajustado a las habilidades de cada uno de los pacientes a través de fichas y ejercicios cognitivos o actividades ocupacionales adaptadas.

Trabajo

Las necesidades que este grupo de población tiene ante estas actividades son las siguientes:

Sentimientos de inadecuación que se originan en los fracasos, dificulta para lograr un sentido de significado y propósito en sus vidas ocupacionales, escasa concentración que conduce a dificultad en las formas ocupacionales, ausencia de ocupación productiva, dificultad para imaginarse en distintos roles y el tipo de vida deseado, gama de deterioros en el área de procesamiento cognoscitivo, atención memoria, concentración, interferencia lógica y anticipación, habilidades de comunicación/interacción afectadas.

El objetivo general será incrementar el tiempo de ocupación de los usuarios ya sea de manera remunerada o no.

Los objetivos operativos serán:

Aumentar la confianza para abordar tareas dentro de la propia capacidad.

Mejorar la conciencia de las responsabilidades asociadas con el éxito en el rol del trabajador.

Mejorar la capacidad para recibir, dar e intercambiar información diaria.

En este programa de intervención participarán aquellos usuarios que tengan capacidades y cualidades para tener una reinserción laboral.

Taller pre-laboral: en este tipo de talleres se tratará de adiestrar la puntualidad, el seguimiento de órdenes, etcétera. Es decir, las habilidades prelaborales.

Juego

Las necesidades que los usuarios presentan dentro de esta área son las siguientes:

La conciencia vaga de los problemas puede conducir a elecciones que aíslan el yo, evitar decisiones para participar en ocupaciones; actividades recreativas solitarias, pasivas y simples, rutina de juego poco frecuente y desalentadora, habilidades de comunicación/interacción afectadas, estigmas y prejuicios asociados con la enfermedad mental.

El objetivo general será incrementar la percepción de ocupación significativa del tiempo.

Por consiguiente, los objetivos específicos serán:

Aumentar la satisfacción y la autoestima por el logro de los objetivos.

Alcanzar una autonomía para el desempeño motriz necesario para las actividades de juego.

Mejorar el repertorio de las habilidades de competencia social.

El programa de intervención será, por ejemplo:

Programa de psicomotricidad y expresión corporal: ejercicios de coordinación refleja, ejercicios de comunicación no verbal y expresión corporal.

Ocio y tiempo libre

Las necesidades de estas actividades serán todas las nombradas anteriormente en el juego.

El objetivo general será incrementar el tiempo de ocupación de los usuarios.

Los objetivos específicos serán:

Aumentar la participación en cosas de interés.

Mejorar la organización de la rutina diaria.

Mejorar las habilidades del dominio de las relaciones.

La intervención en esta área se podría realizar a través de actividades como:

Taller creativo: El taller creativo es un espacio para estimular y practicar la flexibilidad y minimizar la rigidez y el bloqueo de respuesta tan habitual en estas personas.

Participación social

En esta área ocupacional, las necesidades son las siguientes:

Sentimientos de inadecuación que se originan en los fracasos, la conciencia vaga de los problemas puede conducir a elecciones que aíslan

el yo, dificultad para lograr un sentido de significado y propósito en sus vidas ocupacionales, evitar decisiones para participar en ocupaciones, dificultad para cubrir las expectativas de los roles.

El objetivo general será incrementar el nivel de contacto con la realidad mediante la selección y posterior visita a instalaciones normalizadas.

Los objetivos específicos serán:

Identificar áreas en las cuales la persona pueda sentir la sensación de logro y significado.

Facilitar la voluntad para pedir ayuda cuando sea necesario.

Aumentar la percepción de la propia persona de estar involucrado en actividades que son necesarias y convenientes.

Desarrollar mecanismos de adaptación social para compensar los diferentes déficits.

El programa de intervención estará formado por:

Programa de agenda de ocio: Exposición de diferentes alternativas de ocio para el fin de semana y orientación y elección de una propuesta en la asamblea, conjunta para todos los usuarios del centro de día.

Conclusiones

Este plan de intervención se ha realizado partiendo de la conclusión del Modelo de Ocupación Humana, en la que se explica los cambios que se producen en las tres áreas de desempeño ocupacional cuando se produce una alteración en uno de los tres subsistemas.

Aún teniendo presente esta premisa, en el planteamiento he intentado intervenir en cada una de las áreas desde los tres subsistemas.

Me ha parecido interesante la división de las áreas que realiza el Marco de Trabajo, porque la división clásica puede hacer que la intervención en las áreas de ocupación no esté tan bien delimitada.

Siempre hay que tener en cuenta que es un planteamiento general y que debido a la persona, ocupación y ambiente, se tendrá que estar atento a los cambios, por lo que habrá que realizar una revisión periódicamente con las herramientas de evaluación que sean oportunas en cada caso.

Bibliografía

- (1) AVIFES. Apuntes AVIFES sobre esquizofrenia. 2008. P.7
- (2) Mañá Alvarenga, S. La esquizofrenia en el hogar. Guía práctica para familiares y amigos. 4^a ed. Editorial Club Universitario; 2008. P. 32-37
- (3) Rebolledo, S. y Lobato, M.J. Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Grupo Aula Médica. 10-14
- (4) López-Ibor J, Valdés M. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV TR. Editorial Masson, Barcelona, 2003
- (5) Kielhofner, G. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional, 3^a ed. Médica Panamericana; 2006. P. 148-150
- (6) Kielhofner, G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación; 3^a ed. Médica Panamericana; 2004. P. 12-20, 448, 455-456.
- (7) Clusa, J. Salud Mental y Educación Social. RES. 2004. (3)
- (8) Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M.A. et al. Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y proceso, 2^{ed}.
- (9) De las Heras, C.G. Manual del Usuario de la Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS). Versión 4.0; 1998.
- (10) De las Heras, C.G. Manual del Usuario de la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS). Versión 4.0; 1998.
- (11) De las Heras, C.G. Manual del Usuario del Cuestionario Volicional (VQ). Versión 4.1; 1998.
- (12) De las Heras, C.G. Listado de Intereses Adaptado. 2007.
- (13) De las Heras, C.G. Cuestionario Ocupacional (OQ). 1995.
- (14) De las Heras, C.G. Manual del Usuario del Autoevaluación Ocupacional (OSA). Versión 2.2; 1998.
- (15) De las Heras, C.G. Listado de Roles. 1995.

- (16) De las Heras, C.G. Manual del Usuario del Entrevista histórica del Desempeño Ocupacional II (OPHI-II). Versión 2.1; 1998.
- (17) De las Heras, C.G. Manual de Usuario del Entrevista del Rol del Trabajador (WRI). Versión 10.0; 1998.
- (18) Durango Molina, P., Noya Arnaiz, .B, Moruno Millares, P. Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos. 112
- (19) Bellido Mainar, J.R., Sanz Valer, P., Sesé Sanz, E. Programas de actividades grupales de Terapia Ocupacional en un hospital de día de psiquiatría de adultos. Revista informativa del APETO. 2010. P. 25-33.
- (20) Pellegrini, M. Ciencias de la ocupación y Terapia Ocupacional en salud mental: Diagnósticos ocupacionales en pacientes con patologías psiquiátricas. 2006
- (21) Sesé Sanz, E., Bellido Mainar, J.R., Sanz Valer, P. Programa de Terapia Ocupacional en la unidad de agudos de psiquiatría. Revista informativa del APETO. 2011. P. 2-9

Anexo 1

Áreas Ocupacionales	Definición
Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Actividades que están orientadas al cuidado propio del propio cuerpo.
Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren mas interacciones más complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD.
Descanso y sueño	Incluyen las actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación activa en otras áreas de ocupación.
Educación	Incluye las actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente.
Trabajo	Incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado.
Juego	Cualquier actividad organizada o espontánea que proporcione disfrute, entretenimiento o diversión.
Ocio o tiempo libre	Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, cuidado propio o dormir.
Participación social	Patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social.

Anexo 2

Evaluaciones observacionales	Definición
Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS)	Recoge información acerca de las habilidades al observar a la persona realizando actividades seleccionadas de la vida diaria, que incluyen actividades domésticas e instrumentales de la vida diaria.
Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS)	Evaluación observacional que obtiene datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación.
Cuestionario Volitivo (VQ)	Evaluación observacional que examina la motivación de las personas tal como se la representa en el concepto de volición.

Anexo 3

Autoevaluaciones	Definición
Listado de Intereses Adaptado	Es un medio de recolectar datos de los patrones de intereses de la persona y las características que serían útiles para la práctica de la clínica.
Cuestionario Ocupacional (OQ)	Se te pide que anotes tus actividades que usualmente realizas a diario y que contestes a algunas preguntas relacionadas con estas actividades.
Autoevaluación Ocupacional (OSA)	Es una evaluación centrada en el cliente, consta de dos partes. En la primera, se incluye una serie de afirmaciones acerca de uno mismo de las cuales el cliente las responde catalogándolas dentro de una área de fortaleza, funcionamiento adecuado o debilidad. En la segunda parte, se incluye una serie de afirmaciones acerca del medio ambiente del cual el cliente da respuestas muy similares.
Listado de Roles	El listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, a través de un continuo temporal, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol.

Anexo 4

Entrevista	Descripción
Entrevista histórica de Desempeño Ocupacional II (OPHI-II)	Es una evaluación organizada en tres partes, que incluye: una entrevista semi-estructurada, escalas de calificación y una narración de la historia de la vida.
Entrevista del Rol del Trabajador (WRI)	Recoge información sobre en qué medida los valores, intereses, causalidad personal, hábitos, roles y percepciones ambientales afectan al éxito laboral.