



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
Universidad Zaragoza

**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2018/ 2019

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL BASADO EN LA  
PRÁCTICA DE MINDFULNESS A TRAVÉS DE LA COMPRENSIÓN DEL  
SUFRIMIENTO PSÍQUICO.

MINDFULNESS-BASED INTERVENTION PLAN FROM OCCUPATIONAL  
THERAPY BY UNDERSTANDING PSYCHIC SUFFERING.

**Autora:** Sheila Aparicio Suárez

**Directora:** Isabel Vidal Sánchez

## Resumen

---

Las personas con trastornos mentales graves, más allá del diagnóstico que reciban y las alteraciones o “déficits” que se puedan esperar debido a su enfermedad, sufren consecuencias ocupacionales que causan mucha más disfunción que la simple patología. Además, si a esto se le suma el efecto del estigma social actual en nuestra sociedad hacia estos colectivos, las consecuencias se multiplican.

*Objetivos:* Se planteó un plan de intervención basado en la práctica de mindfulness, y centrado en las necesidades de la persona, para facilitar la gestión adecuada del sufrimiento psíquico, una emoción que en estos casos se multiplica gracias al estigma social. Todo ello orientado hacia la consecución de un desempeño ocupacional adecuado que promueva la autonomía e independencia social de la persona.

*Metodología:* Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Dialnet, PubMed, Scopus y ScienceDirect, además de recursos de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza, como libros o revistas (TOG, AJOT, Revista Americana de Psiquiatría, etc).

*Resultados:* Alta satisfacción con el trato recibido y deseo general de seguir realizando actividades con grupos de mujeres, aunque algunas de las participantes manifiestan que la intervención no pudo ayudar a solucionar sus problemas.

*Conclusiones:* El trabajo horizontal por parte de los profesionales fue fundamental en una intervención en la que destacan los beneficios en grupos terapéuticos para mujeres con enfermedad mental, como el compromiso de participación o el aumento de las relaciones sociales.

*Palabras clave:* terapia ocupacional, salud mental, trastorno mental grave, psicosis, esquizofrenia, sufrimiento, rehabilitación psicosocial, mindfulness y estigma social.

## Abstract

---

People with severe mental disorders, besides the diagnosis and the alterations or “deficits” that can be thought about because of the illness, they suffer occupational consequences that cause more dysfunction than the mere pathology. Even more, if it is in our mind the effect of the actual social stigma in our society for these collectives, the consequences are multiplied.

Objectives: It was proposed a mindfulness-based intervention, centered in the necessities of the person, for facilitating the suitable managing of psychic suffering, an emotion that in these cases it is multiplied due to the social stigma. All of that were realized looking at the achievement of a suitable occupational performance that promotes the autonomy and social independence of the person.

Methodology: Bibliographic search in databases such as Dialnet, PubMed, Scopus and ScienceDirect, as well as resources from the Library of the University of Zaragoza, such as books or magazines (TOG, AJOT, American Journal of Psychiatry, etc).

Results: High satisfaction with the treatment received and the general desire to continue the activities with women's groups, although some participants state that the intervention couldn't help to solve their problems.

Conclusions: The horizontal work by professionals was fundamental in an intervention that highlights the benefits of therapeutic groups for women with mental illness, such as the commitment to participate or the increase in social relationships.

Key words: occupational therapy, mental health, serious mental disorder, schizophrenia, suffering, psychosocial rehabilitation, mindfulness and social stigma.

# ÍNDICE

---

Resumen .....	1
Abstract .....	2
Introducción.....	4
Objetivos .....	12
Metodología.....	13
Fases del programa .....	14
Desarrollo .....	16
Resultados de la evaluación inicial .....	16
Definir y describir acciones / actuaciones del programa.....	20
Evaluación del proceso .....	25
Evaluación de resultados .....	25
Evaluación de la satisfacción.....	26
Conclusiones.....	26
Bibliografía .....	28
Anexos .....	34
ANEXO 1 .....	34
ANEXO 2.....	35
ANEXO 3.....	36
ANEXO 4.....	36
ANEXO 5.....	37
ANEXO 6.....	38
ANEXO 7.....	38
ANEXO 8.....	42
ANEXO 9.....	42
ANEXO 10 .....	44
ANEXO 11 .....	45

## Introducción

---

La *salud mental* es un concepto complejo y por tanto difícil de definir de forma unánime. Aunque hay muchos modelos que tratan de explicarlo, tres posibles dimensiones ampliamente aceptadas son: (1)

- Un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos o negativos.
- Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento; por ejemplo, luchar para conseguir autonomía.
- El resultado de un proceso: un estado positivo o negativo resultante de la confrontación ante una circunstancia determinada.

Estas tres dimensiones utilizadas para aproximarse a un concepto de salud mental también podrían ayudar a diferenciar entre distintos estados de salud dentro de este ámbito, pero hay que tener en cuenta que existen múltiples factores condicionantes; como los de carácter biológico, social o económico (1,2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), la salud mental se puede definir como "un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva, y es capaz de contribuir a su comunidad".

En contraposición con esto último, lo primero que se debe considerar al estudiar los *trastornos mentales* es que no existe una definición que especifique adecuadamente sus límites. Como aproximación, se pueden definir como "síndromes caracterizados por alteraciones clínicamente significativas del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que reflejan una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental; suelen ir asociados a estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades" (3).

Actualmente se utiliza el concepto de **TRASTORNO MENTAL GRAVE** (TMG), cuya definición más aceptada es la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), y que incluye a personas con un diagnóstico de ciertas enfermedades mentales, una duración del tratamiento mínimo de 2 años y la presencia de discapacidad que afecta al funcionamiento familiar, social y laboral (Ver anexo 1). A partir de esta definición se han propuesto más aspectos a incluir, como los SIDDD (Ver anexo 2) (4).

## Análisis del desempeño ocupacional en personas con TMG

ÁREAS DE OCUPACIÓN Y ENTORNO	Autocuidado	<p>QUÉ</p> <p>Supervisión en la higiene, apoyo en el manejo del entorno, hábitos no saludables, etc.</p> <p>Necesitan ayuda en el manejo del dinero, de transportes, ocio y tiempo libre, habilidades y capacidades necesarias, etc.</p>
		<p>CUANDO</p> <p>Pérdida de patrones ocupacionales como <u>hábitos y rutinas</u> en el día a día.</p>
		<p>DÓNDE</p> <p>El entorno institucional en el que se encuentran muchas de estas personas, puede favorecer la adquisición de dichos patrones ocupacionales.</p>
ÁREAS DE OCUPACIÓN Y ENTORNO	Productividad	<p>QUÉ</p> <p>No suelen mantener trabajos estables, relaciones sociales y habilidades necesarias, etc.</p>
		<p>DÓNDE</p> <p>Micro y meso elementos del <u>entorno social e institucional</u> circundante pueden ejercer influencias negativas en el desempeño de esta ocupación.</p>
		<p>CÓMO</p> <p>Sufren constantemente situaciones de injusticia ocupacional que influyen negativamente a la hora de desempeñar la ocupación.</p>

ÁREAS DE OCUPACIÓN Y ENTORNO	Ocio y tiempo libre	QUÉ
		Tendencia al aislamiento, dificultad para comprometerse en ocupaciones de ocio, anhedonia, falta de motivación e interés, etc.
		CUANDO
		En relación con el entorno temporal, si bien es cierto que el ámbito institucional apoya el establecimiento de <u>patrones ocupacionales</u> , su exceso puede llegar a provocar limitaciones en la actividad y la participación, forzando un inadecuado <u>equilibrio ocupacional</u> y desfavoreciendo las actividades de ocio, entre otras.
		DÓNDE
		El <u>entorno institucional</u> puede llegar a limitar las ocupaciones, y la participación ciudadana e inclusión comunitaria de personas con discapacidad.
		CÓMO
		A consecuencia del desarrollo y cambio ocupacional sufrido en entornos institucionales, pueden llegar a presentarse <u>pérdidas ocupacionales a nivel medio</u> que afecten al sentido de identidad y autoeficacia, entre otros.

TABLA 1. Fuente: elaboración propia a partir de conceptos de Hurrell J. J, Murphy R. L et al; Alonso Durana I et al; Townsend EA, Polatajko HJ (1, 4, 5).

### Diagnóstico ocupacional

La población con TMG sufre diversas consecuencias, tanto personales como ocupacionales, y en las distintas áreas de desempeño ocupacional (autocuidado, ocio y productividad); como resultado de la interacción entre la persona y el entorno que le rodea, que en ocasiones no favorece el compromiso con la ocupación. Dicha interacción puede desencadenar, a su vez, problemas para el desempeño de los roles sociales y mayores riesgos de desventaja social y marginación (4).

Observar las distintas barreras que se encuentran tanto en a persona como en la ocupación y el entorno, nos da idea de que los problemas de las personas con TMG son mucho más complejos que la psicopatología, ya que también se afectan otros aspectos importantes como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad; por lo tanto, además del tratamiento psiquiátrico también necesitarán de atención y programas de rehabilitación para recuperar su autonomía (4), y esto es lo que se conoce como rehabilitación psicosocial.

### **Terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial**

La rehabilitación psicosocial es un proceso multidimensional. La Terapia Ocupacional (TO), cuyo dominio es la ocupación, aporta a este proceso su comprensión de las áreas del desempeño ocupacional de la persona, mediante modelos de intervención basados en la importancia de la ocupación y su valor terapéutico (6). Según diversos autores, las habilidades de los Terapeutas Ocupacionales (TO) resultan muy importantes en salud mental (7,8). La evaluación integral de componentes de actuación, el trabajo hacia la máxima autonomía de la persona y hacia su compromiso con ocupaciones que promueven su salud, son algunas de las razones que justifican que la TO forme parte de los equipos de rehabilitación psicosocial (7,8).

### **Estigma social y consecuencias**

La realidad que sufren las personas con TMG (VER TABLA 1) se ve en gran medida aumentada a consecuencia del *estigma social*, una carga de sufrimiento que aumenta los problemas de la enfermedad y es uno de los principales obstáculos tanto durante el tratamiento como en la recuperación. Deben afrontar una doble dificultad; por un lado, la enfermedad, y por otro el estigma social, cuya autopercepción da lugar al autoestigma (9).

Además, el estigma social tiene consecuencias negativas sobre la calidad de vida de la persona: en el bienestar emocional y físico, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social, etc. (9).



### **Sufrimiento psíquico. Qué es y cómo trabajarlo.**

Tres sensaciones o emociones que observamos en la mayoría de las personas con TMG, agravadas a causa del estigma, son: *soledad, angustia y sufrimiento*. El sufrimiento es una sensación displacentera de muchos tipos e intensidades que puede ir desde ligeras molestias hasta angustias muy profundas. El estudio de la psicopatología puede asimilarse al estudio del sufrimiento, sus causas, consecuencias y formas de aliviarlo y evitar o paliar sus consecuencias; pero no se debe olvidar que es una experiencia normal, inevitable y necesaria para el desarrollo. En las intervenciones psiquiátricas, más allá de las asistencias técnicas, es importante el "acompañamiento en el sufrimiento", algo muy unido al concepto de empatía (Ver anexo 3) (9-11).

El *sufrimiento psíquico* es un estado de ánimo relacionable con las motivaciones que pueden afectar tanto a la propia persona o a otras, normalmente cercanas y/o queridas; el que se presente incomprensiblemente no quiere decir que sea patológico, sino que no conocemos su motivación, tanto nosotros como incluso quien lo sufre. En psicopatología, especialmente en el psicoanálisis, este concepto ha estado ligado al de *conflicto intrapsíquico*, que implicará tanto experiencias relacionales y psicológicas; como biológicas o corporales. Esta situación de conflicto y sufrimiento, en psicopatología se narra en términos de *ansiedades y defensas; la primera*, aunque hoy en día se equipare al sufrimiento psicopatológico, si se considera globalmente, es otra manera de referirse al sufrimiento, en su vertiente psicológica. Además, la ansiedad engloba un término muy amplio en el que, concretamente en las psicosis, incluye en gran medida la *vergüenza y la culpa*; aunque también se consideren otros términos, como el duelo o los celos (11).

Un buen comienzo para superar el sufrimiento es entender que afecta a todas las personas, y que aceptarlo es el primer paso para liberarse de él o sobrellevarlo adecuadamente, para gestionarlo y/o vivir con él. La enfermedad, entre otras causas, es uno de los considerados sufrimientos inevitables, en los que se pueden distinguir tres raíces principales: *ofuscación, avidez y odio* (Ver anexo 4); para superarlas, algunos autores proponen reflexionar conscientemente sobre su nocividad, autovigilarse para ver cuándo y cómo surgen, o desarrollar cualidades opuestas y practicar meditación (10).

## **Mindfulness como herramienta terapéutica en Terapia Ocupacional**

Según estudios de mindfulness, durante el trabajo con el *sufrimiento psíquico* hay que reconocer y afrontar los sentimientos y emociones para poder manejarlos; su regulación conlleva 7 pasos inalterables: pararse, respirar hondo, tomar conciencia de la emoción, aceptar la experiencia permitiendo que emerja la emoción, autocompasión, soltar la emoción y actuar o no. Además, conviene contemplar este dolor como la interacción entre el componente de la *propia sensación* y la *situación real o problema*, que deberá ser el centro de actuación (12).

En este trabajo se propone la ocupación de mindfulness como medio terapéutico para ayudar a las personas con TMG a gestionar su sufrimiento, evitando, en la medida de lo posible, su influencia negativa en el desempeño en áreas ocupacionales como el autocuidado, ocio o trabajo (13).

Según Kabat-Zinn (14), el mindfulness se puede definir como la conciencia que surge al prestar *atención, con propósito, en el momento presente y sin juzgar las experiencias*. Incluye tanto *centrar la atención como una aceptación del no conocimiento sobre cómo se resolverán las experiencias presentes, a partir de la que comienza el proceso de recuperación*. Durante este proceso, algunos autores de mindfulness proponen reflexionar sobre cuál es nuestra manera de hacer las cosas y realizar una actuación centrada en los problemas y emociones. La evidencia indica que la práctica de mindfulness es beneficiosa en un amplio rango de condiciones de salud físicas y mentales, incluyendo personas con TMG y psicosis. En este último caso, la evidencia señala que su práctica debe ser *adaptada* (recurso básico de intervención en TO); esto implica que la duración de las meditaciones tendrá un máximo de 10 minutos, y que serán muy guiadas, sin dejar grandes espacios de silencio (máximo 30-60"). El *objetivo principal* no debe ser la eliminación de los síntomas, sino el bienestar psicológico, la modificación de la relación de la persona con sus pensamientos, un adecuado equilibrio emocional, cambios en el autoconcepto y relaciones sociales, etc., y uno de los resultados más notorios es el incremento de la frecuencia y duración de emociones positivas; así como la disminución de síntomas negativos en pacientes esquizofrénicos, especialmente la anhedonia (10, 15-26).

Además de muchos de estos hitos comprobados mediante la evidencia científica, también existen estudios recientes que apoyan los resultados beneficiosos de la práctica de mindfulness desde TO para mejorar la adquisición de objetivos terapéuticos en personas con trastornos mentales, a la vez que permite tanto el cambio de *estructuras cerebrales* como el espesor de la corteza o la densidad de materia gris; como de *procesos cerebrales* como el estado de alerta y la atención, los modos automáticos, la ejecución, orientación o vigilancia (27-31).

### **Marcos y modelos**

En este trabajo se ha seguido el **MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA)**, un marco de referencia transversal a la práctica de TO y donde caben otros modelos, como el canadiense. Establece, por un lado, la ocupación como dominio de la TO, y por otro, un proceso basado en evaluación, intervención y resultados. Además, identifica las ocupaciones y los factores del cliente y del contexto que se deben tener en cuenta durante las intervenciones (13).

Otro fundamento de este Programa es el **MARCO DE REFERENCIA HUMANISTA**, que se centra en el autoconcepto de la persona, y su objetivo principal es contribuir al adecuado desarrollo del ser humano, creando condiciones óptimas para ello. Según este marco el tratamiento adecuado sería el grupal, ya que mediante grupos abiertos se favorecen las relaciones interpersonales. Desde este Marco se trabaja el autoconocimiento y la autoactualización, la exploración y expresión de sentimientos, identidad e interacciones sociales, etc. mediante técnicas que lo favorezcan; como por ejemplo relajaciones, entrenamientos asertivos, etc., con el objetivo de proporcionar la ayuda que necesiten para encontrar estrategias de afrontamiento, reducir la ansiedad, etc. (32-33).

Del marco humanista nace **el MODELO CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL**, que se basa en el desempeño ocupacional y en la práctica centrada en el cliente, donde se respetan los valores, creencias e intereses del usuario, que dan sentido a la vida, influyen en multitud de aspectos y son importantes para la salud y bienestar (5, 34).

Este modelo considera el desempeño ocupacional como el resultado de la interacción entre persona (componente afectivo, físico y cognitivo); ocupación (autocuidado, productividad y ocio y tiempo libre) y entorno (físico, social, cultural e institucional), siendo la ocupación el puente mediante el que la persona se comunica con su entorno (5). Sin embargo, el núcleo de la persona es la *espiritualidad*, que según la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional, es “una fuerza vital omnipresente, la manifestación de una realidad superior, fuente de voluntad y autodeterminación y percepción del sentido, del propósito y de la conexión que la gente experimenta en el contexto de su entorno”. Más allá del desempeño ocupacional, según este modelo los TO también se interesan en otros *modos de interacción ocupacional*; como la capacidad, competencia, participación o satisfacción, entre otros (5). También se parte del concepto de “facilitar la ocupación” (5, 35); de la búsqueda de protagonismo de la persona en su recuperación (5, 36), algo muy relacionado con el mindfulness, ya que uno de sus enfoques es la orientación hacia la motivación de la práctica consciente de las ocupaciones, para que la persona acepte su situación y reorganice sus experiencias. El mindfulness se podría integrar en este modelo como un proceso transversal en el desarrollo de la actividad ocupacional. La práctica de mindfulness permite tomar conciencia de todos los procesos del modelo canadiense a través de la propia experiencia; establece una interrelación directa entre la realización y la vivencia de la actividad, mediante la focalización atencional durante el desempeño de la actividad (27).

### **Delimitación del recurso**

Recursos comunitarios de salud Mental (Equipo de Apoyo Social Comunitario y Pisos) de la Cooperativa 2.a vía Acompañamiento Terapéutico concertados con el Servicio Aragonés de Salud (SALUD), y cuyos profesionales están formados en acompañamiento terapéutico (AT).

El AT es una práctica relativamente reciente. Su intervención fundamental es la “clínica de lo cotidiano”, que nace de la concepción del manejo clínico-asistencial. Éste, se refiere al entrecruzamiento entre las prácticas clínicas terapéuticas con pacientes graves, y aquellas más asistenciales, referidas a cuidados más directos y cotidianos, como la vivienda o el ocio (37).

Dado que este tipo de intervenciones están presentes en el ámbito comunitario, en AT se habla de un encuadre abierto, que favorece un trabajo horizontal y a través del vínculo entre acompañado y acompañante (37).

Se realizó una experiencia piloto del Plan de Intervención con mujeres usuarias de este recurso, ya que el equipo había identificado la necesidad de realizar programas que fomentaran la participación ocupacional *de las mujeres*; por esto, se decide realizar la intervención con un grupo solamente de mujeres, ya que aquellas con enfermedad mental presentan mayores riesgos de discriminación y estigma social, llegando a una triple discriminación (mujer, discapacidad y estigma por la enfermedad mental). Además, su participación social y empoderamiento se ve limitado, provocando dificultades para expresar opiniones y participar en la vida comunitaria (38). En la experiencia piloto participaron varias profesionales del equipo acompañando y facilitando la participación de las usuarias.

## Objetivos

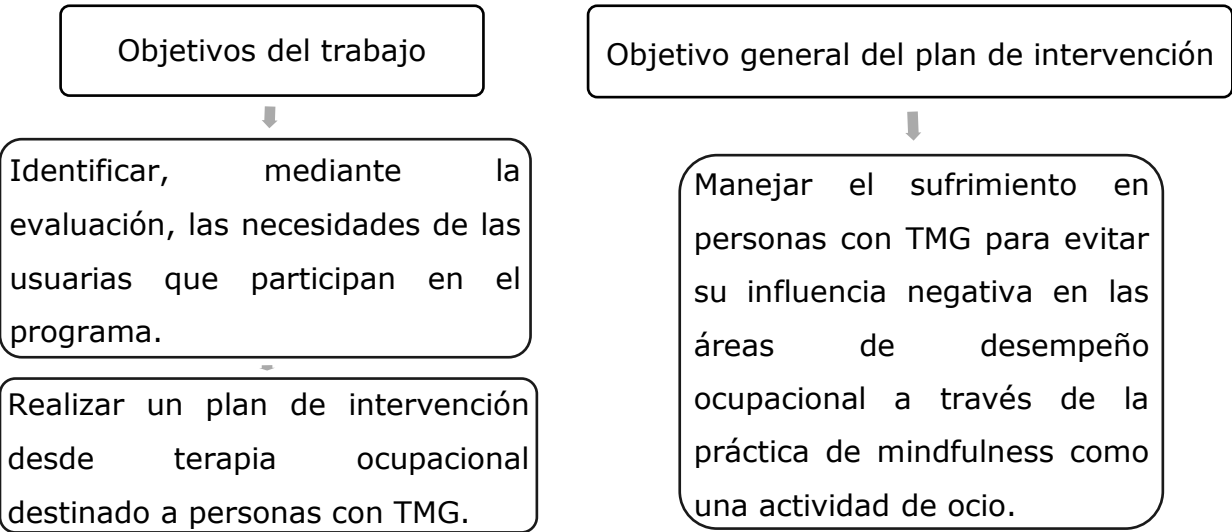


TABLA 2: elaboración propia.

## Metodología

---

La revisión bibliográfica se realizó mediante una búsqueda en bases de datos como Dialnet, PubMed, Scopus y ScienceDirect, además de recursos de la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza, como libros o revistas (TOG, AJOT, Revista Americana de Psiquiatría, etc).

Palabras clave: terapia ocupacional, salud mental, trastorno mental grave, psicosis, esquizofrenia, sufrimiento, mindfulness, estigma social y sus correspondientes en inglés.

**Perfil de la población a la que se dirige la intervención:** Adultas de entre 40 y 70 años diagnosticadas de TMG, que utilicen a algún recurso comunitario para personas con TMG.

**Criterios de inclusión:**

- Mujeres de edad comprendida entre 40 y 70 años.
- Diagnosticadas de TMG.
- Utilizar algún comunitario para personas con TMG.

**Criterios de exclusión:**

- Usuarias en fase aguda de la enfermedad.
- Falta de motivación o interés hacia la actividad terapéutica.

**Recursos materiales y humanos**

Siguiendo la estructura del Marco de Trabajo (13), por una parte, en cuanto a las demandas del espacio, sería adecuada una sala amplia con control de ruido, iluminación y temperatura adecuados, y, por otra parte, respecto a los objetos que se necesitarán destacamos:

- Equipo: colchonetas, sillas, cojines, cronómetro, campana y teléfono móvil.
- Materiales: lápiz y papel.

Personas proveyendo la intervención: 1 terapeuta ocupacional.

## Fases del programa

Según la AOTA y el Modelo Canadiense del desempeño ocupacional (5, 13, 36):

### 1º FASE: Evaluación y determinación de objetivos del usuario

5 aspectos importantes durante este proceso son (5, 36):

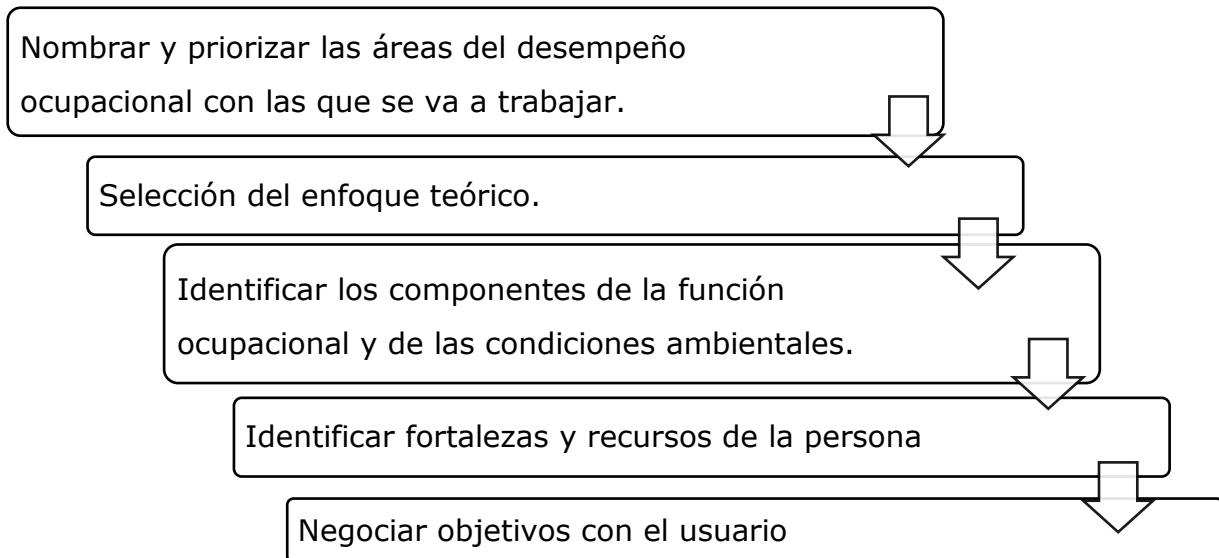


TABLA 3: elaboración propia a partir de Townsend EA, Polatajko HJ; Simó S, Urbanowki R. (5, 36)

En esta fase, de aproximadamente 2 meses, se elabora el perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional, para lo que nos ayudamos de las siguientes *herramientas de evaluación*:

- Medida canadiense del desempeño ocupacional (COPM)
- Evaluación de la interacción social (ESI)
- Cuestionario sobre Justicia y salud ocupacional (OJHQ)

A través del *razonamiento clínico científico* se planifica y/o modifica la propuesta inicial de intervención en función de las necesidades, valores e intereses de las usuarias.

## 2º FASE: Intervención y relación terapéutica

Esta segunda fase se resume en (5, 36):

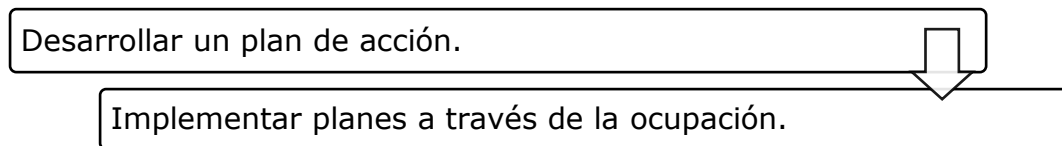


TABLA 4: elaboración propia a partir Townsend EA, Polatajko HJ; Simó S, Urbanowki R. (5, 36).

### FASE 2.1: Diseño del plan

- Metas objetivas y medibles (establecidas en los objetivos, páginas 19, 25).
- Enfoques de la intervención (13)
  - ✓ Promoción de la salud.
  - ✓ Establecer o restaurar.
- Mecanismos para la prestación de servicios (13)
  - ✓ Personas proveyendo la intervención: 1 terapeuta ocupacional.
  - ✓ Tipos de intervención (13)
    - Uso terapéutico de las actividades.
    - Transversalmente el uso terapéutico del "yo".
  - ✓ Frecuencia y duración del servicio
    - 2 sesiones/semana durante 6 meses.

### FASE 2.2 Y 2.3: Implementación y revisión de la intervención

Se pone en marcha la intervención que se adecúe a las necesidades identificadas, y que se revisa y modifica en caso de ser necesario para adaptarse a las circunstancias que se planteen.

## 3º FASE: Resultados

Aproximadamente durante el último mes de la intervención. Se vuelven a pasar las evaluaciones anteriormente citadas para valorar el cambio.

El resultado global del proceso de TO es *apoyar la salud y la participación en la vida mediante el compromiso con la ocupación*. A partir de aquí, los resultados esperados incluyen (13):

- Justicia ocupacional
- Salud y bienestar
- Participación
- Desempeño ocupacional
- Calidad de vida



# Desarrollo

## Resultados de la evaluación inicial del Proyecto piloto

Ver anexo 5	COPM		ESI	
<b>USUARIA 1</b>	<u>Mayor interés</u>	-Mantener trabajo -Organizarse para realizar las actividades de autocuidado y ocio.	<u>Mayor dificultad</u>	-Dar forma al contenido de la interacción social (preguntar, debatir, mostrar estar de acuerdo/desacuerdo...).
	<u>Menor interés</u>	Nada en especial sin interés por realizar. Quiere abarcar muchos planes a los que luego no es capaz de llegar.	<u>Menor dificultad</u>	-Apoyo verbal a la interacción social (enfaticar, clarificar...).
	<b>Fortalezas</b>			
	Amabilidad, cercanía, sinceridad, perseverancia, ganas...			
<b>USUARIA 2</b>	<u>Mayor interés</u>	-Búsqueda y adquisición de empleo. -Autocuidado. -Realizar actividades de ocio.	<u>Mayor dificultad</u>	-Apoyo físico a la interacción social (colocarse, tocar, girarse hacia...).
	<u>Menor interés</u>	-Relaciones sociales. -Cocinar y comer.	<u>Menor dificultad</u>	-Producción de interacción social. -Mantener hilo de la interacción social.
	<b>Fortalezas</b>			
	Sinceridad, perseverancia a pesar de adversidades, afán de superación, ganas de hacer cosas.			

<b>USUARIA 3</b>	<u>Mayor interés</u>	-Religión. -Autocuidado. -Relaciones sociales. -Manejo del hogar -Movilidad funcional.	<u>Mayor dificultad</u>	-Producción de interacción social. -Mantener el hilo de la interacción social. -Apoyo verbal a la interacción social.
	<u>Menor interés</u>	-Ocio más allá de rezar o quedada puntual con compañeras del recurso.	<u>Menor dificultad</u>	-Iniciar/terminar la interacción social.
	<b>Fortalezas</b>			
	Amabilidad, cercanía, perseverancia, buena disposición, creencias religiosas para seguir adelante.			
<b>USUARIA 4</b>	<u>Mayor interés</u>	-Relaciones sociales. -Autocuidado. -Ocio. -Hogar. -Trabajo no remunerado en centro de día.	<u>Mayor dificultad</u>	-Dar forma al contenido de la interacción social (debatir, estar de acuerdo / desacuerdo...).
	<u>Menor interés</u>	No aporta información sobre actividades que no sean de su interés. Actitud muy de aceptación.	<u>Menor dificultad</u>	-Producción de interacción social. -Mantener el hilo de la interacción social.
	<b>Fortalezas</b>			
	Amabilidad, ganas de mejorar y progresar, perseverante, capacidad de esfuerzo para participar en actividades que es consciente de que promueven su bienestar...			

<b>USUARIA 5</b>	<u>Mayor interés</u>	-Ocio. -Manejo del hogar. -Participación social y relaciones sociales con la familia. -Participación social y relaciones sociales con amigos. -Autocuidado.	<u>Mayor dificultad</u>	-Iniciar y terminar la interacción social. -Apoyo verbal a la interacción social (aclarar, encajar lenguaje...).
	<u>Menor interés</u>	-Relaciones sociales con amigos vinculados al pasado profesional.	<u>Menor dificultad</u>	-Producción de la interacción social.
	<b>Fortalezas</b>			
Buena disposición para entablar relación social, perseverancia, gran reserva cognitiva, apoyo familiar.				

<b>Calificación del desempeño y satisfacción inicial</b>	Usuaría 1	Desempeño $20 / 3 = \mathbf{6,6}$ . Satisfacción: $17 / 3 = \mathbf{5,6}$
	Usuaría 2	Desempeño $28 / 4 = \mathbf{7}$ . Satisfacción: $18 / 4 = \mathbf{4,5}$
	Usuaría 3	Desempeño $47 / 5 = \mathbf{9,4}$ . Satisfacción: $50 / 5 = \mathbf{10}$
	Usuaría 4	Desempeño $36 / 5 = \mathbf{7,2}$ . Satisfacción: $38 / 4 = \mathbf{7,6}$
	Usuaría 5	Desempeño $31,5/5 = \mathbf{6,3}$ . Satisfacción: $36,5/5 = \mathbf{7,3}$ .

<b>Cuestionario justicia y salud ocupacional inicial</b>	Usuaría 1	Mayor injusticia ocupacional en bienestar social, físico y mental.
	Usuaría 2	Injusticia ocupacional en prácticamente todos los determinantes sociales de la salud.
	Usuaría 3	Injusticia ocupacional en prácticamente todos los determinantes sociales de la salud.
	Usuaría 4	Mayor injusticia ocupacional en bienestar social, físico y mental y Derechos de las Naciones Unidas.
	Usuaría 5	Mayor injusticia ocupacional en bienestar social, físico y mental y Derechos de las Naciones Unidas.

*TABLA 5: resultados de la evaluación inicial. Elaboración propia.*

Objetivos específicos establecidos tras la evaluación y el razonamiento clínico:

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>
Identificar las emociones que surjan durante la sesión y no juzgarlas.
Aguantar los 10 minutos de meditación, sin abandonar la sala debido a una emoción negativa.
Identificar situaciones de la vida diaria (autocuidado, manejo del hogar...) que le generen sufrimiento o emociones negativas, y autorregularse usando aspectos de mindfulness.
Identificar áreas ocupacionales (AVD, participación social...) que le generen sufrimiento o emociones negativas, autorregularse y mantener un desempeño adecuado en la ocupación.

*TABLA 6: elaboración propia.*

## Definir y describir acciones / actuaciones del programa

### FASE 1: EVALUACIÓN Y DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS DEL USUARIO

Herramientas de evaluación:

- Medida Canadiense del desempeño ocupacional (COPM)

Es una herramienta pensada para identificar problemas en autocuidado, productividad y ocio. Se usa como medida de resultado, y se puede utilizar tanto al comienzo, en intervalos o al final de la intervención. Incluye una entrevista semiestructurada para identificar los problemas del desempeño ocupacional, según la perspectiva del usuario, e identificando los 5 más importantes para él; después se califican con 2 escalas de 10 puntos, en las que se evalúa la calidad del desempeño y su satisfacción personal (Ver anexo 6) (34).

- Evaluación de habilidades de interacción (ESI)

Es una evaluación observacional estandarizada sobre la calidad de la interacción social y habilidades ocupacionales, por lo que está basada y centrada en la ocupación (39). Incluye una entrevista para identificar los tipos de interacción social en que la persona quiere o necesita involucrarse, y lo que implican. Se continúa con la observación y puntuación del TO. Los resultados ayudan a identificar las fortalezas y debilidades en la interacción social, desarrollar intervenciones y observar los cambios que surjan (Ver anexo 7) (40).

- Cuestionario sobre justicia y salud ocupacional (OJHQ)

Cuestionario que evalúa los niveles de justicia ocupacional de los usuarios o comunidades en función de si tienen posibilidad o imposibilidad de acceso a una serie de determinantes sociales de la salud (Ver anexo 8) (39).

Una vez realizada la evaluación inicial, se observó que las necesidades ocupacionales destacadas por las usuarias podrían ser apoyadas con la propuesta inicial de la actividad de mindfulness; como medio para proporcionar estrategias que apoyen el desempeño ocupacional en áreas destacadas por ellas. Además, se observó que la intervención podría apoyarse con un enfoque teórico humanista.

## FASE 2: INTERVENCIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

### FASE 2.1 Y 2.2. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Las sesiones se dividen principalmente en 3 partes:

<b>PRESENTACIÓN</b>	Dinámicas de apertura al empezar la sesión.	
<b>CUERPO</b>	A lo largo de la intervención se irán introduciendo progresiva y principalmente las siguientes series de ejercicios troncales:	
	Prácticas de iniciación	Práctica de los 3 pasos
		Práctica de la uva pasa
	1. Respiración	Respiración diafragmática
		Sentado con respiración y cuerpo
		Caminar con atención plena
	2. Exploración corporal	Escaneo corporal
		Escaneo corporal compasivo
		Mindfulness en movimiento
	3. Sentidos	Vista
		Oído
		Tacto
	4. Pensamientos y emociones	Emociones positivas
Sensaciones corporales		
Emociones negativas		
<b>CIERRE</b>	Dinámica de cierre de la sesión, se comentan sensaciones y se trabaja sobre lo que se ha hecho. Ofrecer estrategias para incluir la práctica en la vida diaria (ver ejemplo tipo anexo 9).	

TABLA 7. Fuente: elaboración propia a partir de conceptos de Siegel D. R.; García Campayo J, Demarzo M.; García Campayo J.; García Campayo J. (41 - 44)

4 sesiones troncales realizadas en 2.A vía Acompañamiento Terapéutico:

SESIONES		DESCRIPCIÓN
<b>SESIÓN 1</b>	Respiración diafragmática y práctica de la uva pasa	<p><u>Respiración diafragmática</u> Utilizar la respiración como anclaje de manera consciente. Aprender a hacer respiraciones diafragmáticas de manera consciente.</p> <p><u>Práctica de la uva pasa</u> Comer una uva pasa con atención plena. Para prestar más atención en nuestra vida cotidiana.</p>
<b>SESIÓN 2</b>	Escaneo corporal y mindfulness en movimiento	<p><u>Escaneo corporal</u> Traernos al momento presente, desarrollar la aceptación, notar, darse cuenta y volver, etc.</p> <p><u>Mindfulness en movimiento</u> Con el objetivo de tener atención plena en los movimientos cotidianos.</p>
<b>SESIÓN 3</b>	Práctica de los 3 pasos y caminar con atención plena	<p><u>Práctica de los 3 pasos</u> Para generalizarlo a las AVD, desarrollar flexibilidad sobre dónde situamos la atención, y ver diferentes formas de relacionarse con el entorno más próximo.</p> <p><u>Caminar con atención plena</u> Tras el escaneo corporal, generalización del ejercicio anterior mientras caminamos con atención plena (sensaciones corporales...).</p>
<b>SESIÓN 4</b>	"El objeto que nos une al mundo", exploración corporal y despedida	<p><u>El objeto que nos une al mundo</u> Identificar la emoción positiva y disfrutarla, identificando los cambios que se producen en nuestro cuerpo.</p> <p><u>Exploración corporal</u> Integrando todos los aspectos trabajados y con un enfoque más lúdico e interactivo.</p>

TABLA 8. Fuente: elaboración propia con ejercicios de García Campayo J, Demarzo M.; García Campayo J; García Campayo J (42-44).

Cronograma plan de intervención completo:

<b>SEMANA</b> <b>1</b>	Respiración	Dinámica apertura	<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Práctica de los 3 minutos y de la uva pasa	Dinámica cierre
<b>SEMANA</b> <b>2</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Respiración diafragmática	
<b>SEMANA</b> <b>3</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Sentado con respiración y cuerpo	
<b>SEMANA</b> <b>4</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>5</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Caminar con atención plena	
<b>SEMANA</b> <b>6</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>7</b>	Exploración y escaneo corporal	Dinámica apertura	<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Escaneo corporal	Dinámica cierre
<b>SEMANA</b> <b>8</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>9</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Escaneo corporal compasivo	
<b>SEMANA</b> <b>10</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>11</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Mindfulness en movimiento	
<b>SEMANA</b> <b>12</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		



<b>SEMANA</b> <b>13</b>	Sentidos	Dinámica apertura	<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Vista, oído, tacto, conexión con pensamientos y emociones	Dinámica cierre
<b>SEMANA</b> <b>14</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>15</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>16</b>	Pensa- mientos y emociones	Dinámica apertura	<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Emociones positivas	Dinámica cierre
<b>SEMANA</b> <b>17</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>18</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Sensaciones corporales	
<b>SEMANA</b> <b>19</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>20</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	Emociones negativas	
<b>SEMANA</b> <b>21</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>22</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		
<b>SEMANA</b> <b>23</b>	Según intereses	Dinámica apertura	<b>DÍA</b> <b>1-2</b>	A elección del grupo	Dinámica cierre
<b>SEMANA</b> <b>24</b>			<b>DÍA</b> <b>1-2</b>		

*TABLA 9. Fuente: elaboración propia a partir de conceptos de García Campayo J, Demarzo M.; García Campayo J.; García Campayo J; Kabat-Zinn J. (42 - 45).*

### **FASE 2.3. REVISIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

Se realiza transversalmente durante toda la intervención, a través del razonamiento clínico. Una vez completada ésta, se hace una reevaluación final para determinar si se han cumplido los objetivos establecidos o si es necesario modificar y/o comenzar de nuevo el proceso de TO.

### FASE 3: RESULTADOS

Para valorar los resultados esperados, se vuelven a pasar las evaluaciones iniciales aproximadamente al final de la intervención y se contrastan con los iniciales. También se valoran resultados a través de ejercicios de autorregistros sobre identificación de situaciones cotidianas que generen sufrimiento, estrategias utilizadas, etc. (Ver anexo 10). Por último, en esta fase también se realiza la *evaluación del programa*: proceso, resultados y satisfacción.

#### Evaluación del proceso

Se valoran indicadores de proceso de *cumplimiento* de plazos establecidos para las evaluaciones realizadas, horarios, actividades planificadas, profesionales implicados, etc.

#### Evaluación de resultados

Para valorar la eficacia de la intervención, se comparan los resultados de las valoraciones realizadas durante todo el proceso de TO con los objetivos propuestos inicialmente, y se miden con los siguientes indicadores:

<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS CON INDICADORES</b>
En 2 meses, porcentaje de participantes que identifica las emociones que surjan durante la sesión y no juzgarlas, durante al menos el 50% de las ocasiones y sin ayuda externa.
En 3 meses, porcentaje de participantes que aguanta los 10 minutos de meditación, sin abandonar la sala debido a una emoción negativa, durante al menos el 50% de las ocasiones y sin ayuda externa.
En 4 meses, porcentaje de participantes que identifica situaciones de la vida diaria (autocuidado, manejo del hogar...) que le generen sufrimiento o emociones negativas, y puede autorregularse, usando aspectos de mindfulness, durante al menos el 50% de las ocasiones y sin ayuda externa.
En el 6º mes, porcentaje de participantes que identifica áreas ocupacionales (AVD, participación social...) que le generen sufrimiento o emociones negativas, puede autorregularse y mantener un desempeño adecuado en la ocupación, durante al menos el 50% de las ocasiones y sin ayuda externa.

TABLA 10. Fuente: elaboración propia.

## **Evaluación de la satisfacción**

Para valorar la satisfacción de las participantes se administra un cuestionario estandarizado de satisfacción adaptado (Ver anexo 11) (46).

Los resultados más destacables en este cuestionario de la experiencia piloto fueron la alta satisfacción en cuanto al trato recibido (4/4 en todas las participantes) y la percepción de que haber formado un grupo solo de mujeres favoreció los beneficios de la actividad (3-4/4 en todas las participantes); a todas las participantes menos una les gustaría seguir realizando actividades con mujeres. Sin embargo, 3 de las usuarias manifestaron que la actividad no ayudó a solucionar sus problemas (1-2/4).

## **Conclusiones**

---

Este plan de intervención se considera bastante novedoso, ya que, aunque hay evidencias recientes de la eficacia y beneficios del mindfulness para trastornos psíquicos, todavía existe poca bibliografía de TO con propuestas de intervención a través de esta actividad. Este plan ofrece una visión muy enriquecedora, nutriendo a la TO con conocimientos de otras ciencias y acercándolos al dominio de la ocupación.

Una de las aportaciones más relevantes es la oferta del mindfulness como una ocupación que puede ser un medio para mejorar la participación ocupacional en otras áreas. Más allá del modelo biomédico, se ofrece una práctica centrada en la persona, y que tiene en cuenta otros aspectos que influyen en el desempeño ocupacional, como contextuales o emocionales.

Además, es importante resaltar que el trabajo horizontal entre usuarias y profesionales, que también participaron en la actividad, junto con la libertad de expresión y participación, ayudó a aprovechar las fortalezas de cada una de las participantes y sacarle el mayor rendimiento posible a la actividad, posibilitando así que una vez terminada ésta, las participantes continuaran consolidando un grupo de mujeres para realizar más actividades.

Por otro lado, hay que destacar, entre las limitaciones que se encontraron, la falta de tiempo para completar el programa de principio a fin y poder comprobar su eficacia real, así como el desconocimiento de las recientes evidencias sobre mindfulness y TMG por parte de otros equipos que dificultaron que algunas usuarias participaran en las actividades.

En línea con los resultados obtenidos, aunque no se pudo corroborar el logro del objetivo planteado, ya que la experiencia piloto fue muy breve en relación con la duración del programa propuesto, se observaron otros beneficios en cuanto a la realización de actividades con grupos de mujeres. En este sentido tendríamos la limitación de no poder corroborar en qué medida beneficios como la alta satisfacción y compromiso de participación con la actividad, las relaciones sociales establecidas, la buena percepción sobre las estrategias proporcionadas o sobre el clima generado en la actividad; se debieran a la actividad realizada o al entorno social de la actividad y la participación social con las compañeras.

Por último, se observó que la evaluación COPM presentó limitaciones con ciertas usuarias; en concreto, con la usuaria 3, se observaron puntuaciones de desempeño y satisfacción muy altas, que realmente no se corroboraban con la evaluación observacional. Por esta razón, durante las evaluaciones fueron fundamentales las entrevistas que rodeaban a la escala de valoración en sí, así como la información proporcionada por profesionales que conocieran previamente a las usuarias.

“No puedes parar las olas, pero puedes aprender a surfear”. Jon Kabat-Zinn

### Agradecimientos

A Isabel Vidal, por sus lluvias de ideas y constantes dudas y replanteamientos sobre todo aquello que podamos reflexionar; a la Cooperativa 2.a vía Acompañamiento Terapéutico por facilitarme hacer de este trabajo una experiencia real; y a cada una de las usuarias participantes en la actividad, por hacer real esta experiencia que sin duda enriquecerá mi futuro profesional como terapeuta ocupacional.

## Bibliografía

- (1) Hurrell J. J, Murphy R. L, Sauter L. S, Levi L. Salud mental. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. [Internet]. Madrid: Chantal Dufresne, BA. 1998 (citado 28/11/18). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>
- (2) World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. 2007. [citado 12/02/2019]. N°220. Disponible en: <https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf>
- (3) Arango López C, Ayuso Mateos JL, Vieta Pascual E, Bagny Lifante A. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. Buenos Aires; Madrid [etc.]: Ed. Médica Panamericana; 2014 [citado 28/11/18]. Disponible en: <http://roble.unizar.es:9090/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat00574a&AN=cbzara.b1700035&lang=es&site=eds-live>
- (4) Alonso Durana I, Ubis González A, Ruiz de Azúa Velasco M<sup>a</sup>A, Ortiz de Zárate San Agustín, A. Conceptos teóricos del trastorno mental grave. Trastorno mental grave de larga evolución. Volumen 2. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2010. pág. 4 - 19.
- (5) Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa, Ontario: Ed. CAOT Publications ACE; 2013.
- (6) Vena Núñez J, De Viedma Valero MJ y cols. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Ed. Pirámide SA; 1997.
- (7) López Ayesa A, Rubio C, Apestegui Egea E, Gracia Franco A, Berrueta Maeztu, LM. Terapia ocupacional en rehabilitación psicosocial. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [citado 25/01/19]; Vol 6 (4): pág. 276-335. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/rhbsm.pdf>

- (8) Sánchez O. Terapia ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2014 [citado 25/01/19]; Vol 11 (9): pág. 109-158. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num9/psicosocial.pdf>
- (9) FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). La realidad del estigma social entre las personas con enfermedad mental en la CAPV. [Internet]. Informe de resultados obtenidos en el estudio realizado 2013 [citado 23/01/2019]. Disponible en: <http://feafesgalicia.org/img/documentacion/estudios/La-realidad-del-sestigma-social.pdf>
- (10) Calle Capilla RA. Evitar el sufrimiento. Claves para aceptar el dolor y no padecer. Madrid: Ed. Mr Espiritualidad; 2005.
- (11) Hernández Espinosa, V. El sufrimiento mental y la ansiedad. Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica. Barcelona: Ed. Herder Editorial; 2008 [citado 23/01/19]. Pág. 179-244. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unizarsp/detail.action?docID=3430013>
- (12) Simón V, Germer C. Aprender a practicar mindfulness. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2012 [citado 10/11/18]; Vol. 33 (1): pág. 68-73. Disponible en: [www.redalyc.org/pdf/778/77823404008.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/778/77823404008.pdf)
- (13) Amini DA., Kannenberg K., Bodison S., Chang P. F. Handley-More, D.; McElroy, A. et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process 3<sup>rd</sup> edition. AJOT [Internet]. 2014 [citado 10/11/18]; 68: pág. S1-S48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
- (14) Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future [Commentary]. Clin Psychol-Sci Pr. [Internet]. 2003 [citado 10/11/18]; 10(2), pág. 144-156. Disponible en: <https://institutpsychoneuro.com/wp-content/uploads/2015/09/Kabat-Zinn-2003.pdf>
- (15) Linehan M. Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Ed. Guilford Press; 1993.

- (16) Oliver E. J, Candice J, Byrne M, Johns C. L, Morris M. E. Introduction to Mindfulness and Acceptance – based Therapies for Psychosis. Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis. [Internet]. Ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [citado 10/11/18]. Pág. 1-11. Disponible en:  
<https://southbayprojectresourcedotorg.files.wordpress.com/2015/09/intromindfulnessactp.pdf>
- (17) Brown L, Davis L, La Rocco V, Strasburger A. Participants perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. Am J Psychiatric Rehabil. [Internet]. 2010 [citado 10/11/18]; 13(3), pág. 224-242. Disponible en:  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15487768.2010.501302?needAccess=true>
- (18) Chadwick P. Mindfulness for psychosis. Br J Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 10/11/18]; 204, pág. 333–334. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>
- (19) Khoury B, Lecomte T, Gaudiano B. A. y Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. Schizophr Res. [Internet]. 2013 [citado 10/11/18]; 150, pág. 176–184. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>
- (20) Baer R. A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review [Review]. Clin Psychol-Sci Pr. [Internet]. 2003 [citado 10/11/18]; 10(2), pág. 125–143. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- (21) Kristeller J. Mindfulness meditation. En Lehrer M P; Woolfolk L R; Sime E W (Eds.), Principles and practice of stress management. [Internet]. 3rd ed. New York: Ed. Guilfordd Press; 2007 [citado 10/11/18]. Pág. 393-427. Disponible en:  
<https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/2007-Principles-and-practice-of-stress-management-Lehrer-Woolfolk-Sime.pdf>
- (22) Shapiro L. S, Carlson E. L, Astin A. J, Freedman B. Mechanisms of Mindfulness [Review]. J Clin Psychol. [Internet]. 2006 [citado 10/11/18]; 62(3), pág. 373–386. Disponible en:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.3709&rep=rep1&type=pdf>

- (23) Johnson P. D, Penn L. D, Fredrickson L. B et al. A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res.* [Internet]. 2011 [citado 10/11/18]; 129, pág. 137–140. Disponible en:  
<https://esilab.berkeley.edu/wp-content/uploads/2017/12/Johnson-et-al.-2011.pdf>
- (24) Wielgosz J, Goldberg S. B. et al. Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2019 [citado 22/01/19]; 15(1), pág. 2.1-2.32. Disponible en:  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>
- (25) Chadwick P, Strauss C, Jones AM, Kingdon D, Ellett L et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophr. Res.* [Internet]. 2016 [citado 10/11/18]; 175(1): pág. 168–73. Disponible en:  
[https://ac.els-cdn.com/S0920996416301335/1-s2.0-S0920996416301335-main.pdf?\\_tid=09a2ce04-98e3-4ceb-b7c9-13b98560cf1d&acdnat=1550001297\\_2f13ed20c8e39c907ed545f66b3ec919](https://ac.els-cdn.com/S0920996416301335/1-s2.0-S0920996416301335-main.pdf?_tid=09a2ce04-98e3-4ceb-b7c9-13b98560cf1d&acdnat=1550001297_2f13ed20c8e39c907ed545f66b3ec919)
- (26) Pinto A. Mindfulness y psicosis. Manual clínico de mindfulness. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer; 2011. Pág. 569-616.
- (27) Rodríguez Carrillo PL, Quintana Hernández D. Atención plena y terapia ocupacional. Propuesta de un nuevo marco de atención basado en el modelo canadiense del desempeño ocupacional desde mindfulness. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2015 [citado 23/11/18]; 12(21): [18 pág.]. Disponible en:  
<http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision1.pdf>
- (28) Lazar SW, Bush G, Gollub RL, Fricchione GL, Khalsa G, Benson H. Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport.* [Internet]. 2000 [citado 12/03/2019]; 11: pág.1581-1585. Disponible en:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.457.7125&rep=rep1&type=pdf>



- (29) Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. [Internet]. 2005 [citado 12/03/2019]; 16: pág.1893-1897. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361002/>
- (30) Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et-al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. [Internet]. 2011 [citado 12/03/2019]; 191: pág.36- 43. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004979/>
- (31) Malinowski P. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front. Neurosci*. [Internet]. 2013 [citado 12/03/2019]; 7 (8): pág. 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563089/>
- (32) Polonio López B, Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2011.
- (33) Moruno Miralles P. Terapia ocupacional en salud mental. Barcelona: Ed. Elsevier Masson; 2012.
- (34) Kielhofner G. Modelo Canadiense del desempeño ocupacional. Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. 3º edición. Madrid: Ed. medica panamericana; 2006. Pág. 94-106.
- (35) Simó S, Urbanowki R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2006 [citado 23/11/18]; (3): [27 pág.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>
- (36) Simó S, Urbanowki R. El Modelo Canadiense del Proceso de Desempeño Ocupacional II. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2006 [citado 23/11/18]; (3): [18 pág.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoII.pdf>
- (37) Dozza de Mendonça L. Acompañamiento terapéutico y clínica de lo cotidiano. Buenos aires: Ed. Letra viva; 2014.

- (38) AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares y personas con enfermedad mental). Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental. [Internet]. 2018 [citado 22/05/2019]; [60 pág]. Disponible en:  
[https://www.consaludmental.org/publicaciones/AVIFES\\_supportingwomen.pdf](https://www.consaludmental.org/publicaciones/AVIFES_supportingwomen.pdf)
- (39) Boyt S. BA, Gillen G, Scaffa M.E. (Eds.). *Willard & Spackman's terapia ocupacional*. 12th ed. Philadelphia: Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
- (40) Fischer G. A, Griswold LA. Evaluation of Social Interaction. 4ª edición. Fort Collins, Colorado (USA): Ed. Three Stars Press, Inc; 2018. [Citado 9/04/2019]. Disponible en:  
<https://www.innovativeotsolutions.com/resource/esi-documents/>
- (41) Siegel D. R. La solución mindfulness. Prácticas cotidianas para problemas cotidianos. Bilbao: Ed. Desclée de Brower; 2011.
- (42) García Campayo J, Demarzo M. Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación. España: Ed. Siglantana; 2015.
- (43) García Campayo J. Mindfulness. Nuevo manual práctico. El camino de la atención plena. España: Ed. Siglantana; 2019.
- (44) García Campayo J, Navarro M. Afrontar la depresión con mindfulness. España: Ed. Siglantana; 2019.
- (45) Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Ed. Kairós; 2012.
- (46) Attkisson CC, Greenfield TK. The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. In Maruish M (Ed.). The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. 3ª edición. Mahwah: Ed. Lawrence Erlbaum Associates. 2004. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo\\_3-3\\_CSQ.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-3_CSQ.pdf)

# Anexos

---

## ANEXO 1

### **Definición de trastorno mental grave según el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH) (4):**

#### **1) Diagnóstico**

Se incluyen los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), trastornos afectivos mayores recurrentes y trastornos de la personalidad que cursan con síntomas psicóticos.

Trastornos incluidos en el diagnóstico de trastorno mental grave:

- Esquizofrenia
- Trastorno esquizotípico
- Trastorno de ideas delirantes persistentes
- Trastorno de ideas delirantes inducidas
- Trastorno esquizoafectivo
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos
- Psicosis no orgánica sin especificar
- Trastornos del humor
- Trastorno bipolar
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos

#### **2) Duración de la enfermedad y del tratamiento**

Se utiliza como criterio un periodo de 2 años de duración de tratamiento y no de enfermedad, ya que muchas veces suele haber un periodo premórbido o con sintomatología activa sin tratar, que es difícil de encuadrar en el tiempo.

#### **3) Presencia de discapacidad**

Disfunción moderada o severa del funcionamiento global, que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

## ANEXO 2

### **Acrónimo SIDDD (4):**

- 1) Seguridad
  - Autolesiones involuntarias, negligencia en el autocuidado
  - Autolesiones voluntarias
  - Peligrosidad hacia los demás
  - Abuso por otros: físico, sexual, emocional y financiero
- 2) Apoyo social e institucional
  - Ayuda de cuidadores sociales, amigos y familiares
  - Ayuda de servicios sociales
- 3) Diagnóstico, que incluya:
  - Enfermedad psicótica
  - Demencia
  - Enfermedad neurótica grave
  - Trastorno del desarrollo
- 4) Discapacidad. Problemas en:
  - Trabajo y ocio
  - Cuidado personal
  - Capacidades domesticas
  - Relaciones interpersonales
- 5) Duración
  - Periodos de 6 meses a 2 años en cualquiera de las dimensiones mencionadas.

## ANEXO 3

Pautas para valorar y comprender el sufrimiento psíquico (11):

- 1) Ya que el sufrimiento mental es relacional, las medidas asistenciales para su alivio también deberán ser relacionales y basarse en la comprensión.
- 2) Facilitar experiencias que faciliten la recuperación del sentimiento de identidad y la reconexión con la continuidad biográfica y personal de la persona que sufre.
- 3) La asistencia debe ser esperanzadora, en el sentido de sentirse capaz de introducir alguna esperanza en la persona que sufre. No introducir esperanzas falsas, pero ser capaz de conectar con la esperanza en el fondo de toda persona.
- 4) Esta esperanza consiste a menudo en la esperanza de que el sufrimiento mental pueda ser contenido y para ello la asistencia debe ser contenedora; que la asistencia y quienes la prestan puedan contener las proyecciones y el sufrimiento sin dejarse desbordar y desesperar.

## ANEXO 4

Raíces del sufrimiento (10):

- 1) Ofuscación, que es la causa de muchas raíces perjudiciales y alimenta pensamientos, emociones y conductas nocivas para uno mismo y para los demás. Causa mucho sufrimiento, y para superarla hay que cultivar la reflexión, la meditación y el esfuerzo por el buen entendimiento. Se relaciona con la ignorancia, desorden mental y percepción distorsionada.
- 2) Avidez, que causa miedo y sufrimiento. Es el deseo incontrolado y aferrador hacia lo que satisface, que conduce al apego. Es resultado de la ofuscación o ignorancia.
- 3) Odio, que para entenderlo debemos entender su causa primaria, la aversión, que es un rechazo de lo que desagrade o resulta ingrato, y produce antipatía, enfado, irritabilidad, etc. Estas personas suelen quejarse, culpar a lo demás, etc. Añade mucho sufrimiento al ya sufrimiento, y junto al apego condiciona a la persona y no la deja libre en pensamientos, palabras ni actos.

## ANEXO 5

### Consentimiento informado

Yo,....., con DNI .....  
tutor/a legal de .....

Tras haber sido informado sobre el programa de intervención de Terapia Ocupacional en el que va a participar, hacer las preguntas que haya deseado y recibir suficiente información:

Comprendo que la participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Zaragoza a .... de ..... de 20.....

Firmado:

## ANEXO 6

No se adjunta la escala por motivos éticos, ya que es una herramienta de evaluación de pago. La herramienta identifica las actividades de mayor interés para el usuario en las áreas de autocuidado, productividad y ocio, que después se calificarán del 1 al 10 en cuanto a desempeño subjetivo y satisfacción.

## ANEXO 7

### Evaluación de la interacción social (ESI)

<p><b>Name:</b></p> <p><b>Occupational therapist:</b></p> <p><b>Gender:</b> Male Female</p> <p><b>Birth date:</b></p> <p><b>Evaluation date:</b></p>	<p><b>OTAP ID number:</b></p> <p><b>Major diagnosis:</b></p> <p><b>Secondary diagnosis:</b></p> <p><b>Observation number:</b> 1 2 3 4</p>
<p><b>Intended purpose of social interaction:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gathering information (GI)</p> <p><input type="checkbox"/> Sharing information (SI)</p> <p><input type="checkbox"/> Problem solving/Decision making (PD)</p> <p><input type="checkbox"/> Collaborating/Producing (CP)</p> <p><input type="checkbox"/> Acquiring goods and services (AG)</p> <p><input type="checkbox"/> Providing/serving goods and services (PG)</p> <p><input type="checkbox"/> Conversing socially/Small talk (CS)</p> <p><b>Social interaction code:</b> ____</p> <p><b>Detailed task description:</b></p>	<p><b>Time of day:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Morning__Afternoon__Evening</p> <p><b>Familiarity of the physical environment:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Somewhat familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Unfamiliar</p> <p><b>Degree of expected structure:</b></p> <p><input type="checkbox"/> High structure</p> <p><input type="checkbox"/> Relaxed structure</p> <p><input type="checkbox"/> "Free" structure</p> <p><b>Noise level:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Quiet</p> <p><input type="checkbox"/> Moderate noise</p> <p><input type="checkbox"/> Extreme noise</p>

<p><b>Number of social partners:</b></p> <p><b>Primary social partner:</b></p> <p><b>Familiarity of the primary social partner:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Somewhat familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown/not familiar</p> <p><b>Status of the primary social partner:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Expert/supervisor/teacher/service provider</p> <p><input type="checkbox"/> Receiver of services/customer</p> <p><input type="checkbox"/> Friend/colleague/classmate</p> <p><input type="checkbox"/> Family member/relative</p> <p><input type="checkbox"/> Other acquaintance</p> <p><b>Age of primary social partner:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Child (10 years and under)</p> <p><input type="checkbox"/> Adolescent (11 to 17 years)</p> <p><input type="checkbox"/> Adult (18 to 64 years)</p> <p><input type="checkbox"/> Older adult (65 years and above)</p>	<p><b>Social partner's overall quality of social interaction (QoSI):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Appropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Questionable</p> <p><input type="checkbox"/> Minimally inappropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Moderately inappropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Markedly inappropriate</p> <p><b>Overall comfort level of the social interaction:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Generally comfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Questionable if comfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Uncomfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Very uncomfortable</p> <p><b>Person's overall quality of social interaction (QoSI):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Appropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Questionable</p> <p><input type="checkbox"/> Minimally inappropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Moderately inappropriate</p> <p><input type="checkbox"/> Markedly inappropriate</p>
---	---



<b>Initiating and Terminating Social Interaction</b>		<b>Maintaining Flow of Social Interaction</b>	
Approaches/ Starts	4 3 2 1	Transitions	4 3 2 1
Concludes/ Disengages	4 3 2 1	Times Response	4 3 2 1
<b>Producing Social Interaction</b>		Times Duration	4 3 2 1
Produces Speech	4 3 2 1	Takes Turns	4 3 2 1
Gesticulates	4 3 2 1	<b>Verbally Supporting Social Interaction</b>	
Speaks Fluently	4 3 2 1	Matches Language	4 3 2 1
<b>Physically Supporting Social Interaction</b>		Clarifies	4 3 2 1
Turns Toward	4 3 2 1	Acknowledges/ Encourages	4 3 2 1
Looks	4 3 2 1	Empathizes	4 3 2 1
Places Self	4 3 2 1	<b>Adapting Social Interaction</b>	
Touches	4 3 2 1	Heeds	4 3 2 1
Regulates	4 3 2 1	Accommodates	4 3 2 1

Benefits	4 3 2 1
----------	---------

<b><i>Shaping Content of Social Interaction</i></b>		
Questions	4 3 2 1	<b>Additional comments:</b>
Replies	4 3 2 1	
Discloses	4 3 2 1	
Expresses Emotion	4 3 2 1	
Disagrees	4 3 2 1	
Thanks	4 3 2 1	

Tomado de Fischer G A, Griswold LA. Evaluation of Social Interaction. 4ª edición (40).

## ANEXO 8

### Cuestionario sobre justicia y salud ocupacional (OJHQ)

Instrucciones: marcar en la columna 2 cuando el cliente o la comunidad permiten el acceso al derecho enumerado en la columna 1. Marcar en una o más de las columnas 3-6 cuando el cliente o la comunidad impiden el acceso, conforme a las razones que se detallan.

Cliente: Individuo, comunidad o población: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DETERMINANTES	POSIBLE	IMPOSIBLE Factores de salud	IMPOSIBLE Factores políticos	IMPOSIBLE Factores sociales	IMPOSIBLE Factores económicos	COMENTARIOS
<b>Necesidades básicas (OMS)</b>						
Paz						
Vivienda						
Educación						
Alimentación						
Ingresos económicos						
Recursos sustentables						
Equidad social						
<b>Bienestar social, físico y mental (OMS)</b>						
Nivel de vida = bienestar						
Trabajo = bienestar						
Recreación = bienestar						
Identificación de aspiraciones						
Satisfacción de necesidades específicas						
Práctica regular de actividad física						
Cambio o adaptación al entorno						
Reconocimiento de la individualidad						
<b>Derechos de las Naciones Unidas: estándar de vida adecuado para la salud y el bienestar. Libre acceso a:</b>						
Empleo						
Descanso						
Recreación						
Vacaciones						
Vida cultural comunitaria						
Artes						
Avances científicos						
Participación en el gobierno						
Educación para el desarrollo completo de la personalidad						
<b>Derechos de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) 5; como en el apartado anterior más la libre elección para participar en:</b>						
Creencias y costumbres culturales						
Eventos locales						

### Cuestionario sobre justicia y salud ocupacional (OJHQ) (Continuación)

RESUMEN. Instrucciones: marcar las opciones que correspondan si la injusticia ocupacional es el resultado de los problemas en la comunidad que se enumeran a continuación.

**OMS y WFOT: El derecho a la salud y el bienestar a través de la ocupación disminuye debido a:**

Pobreza	Bajos ingresos
Alta tasa de desempleo	Condiciones laborales estresantes
Discriminación de género	Discriminación social
Educación limitada	Discriminación ocupacional
Estilos de vida poco saludables	Migración
Falta de instituciones de atención de la salud	Malestar político
Falta de oportunidades recreativas	Violaciones a los derechos humanos
Desastres naturales o causados por el hombre	Conflicto armado

RECOMENDACIONES/ACCIONES

Tomado de Townsend EA y Wilcock A. Justicia Ocupacional. En Willard & Spackman's terapia ocupacional 12th ed (39)

## ANEXO 9

<b>MINDFULNESS EN LA VIDA DIARIA</b>	
<u>ANTES DEL DESAYUNO</u>	<i>Posibilidades</i>  -3 minutos -Mindfulness en movimiento -Respiración -Evaluación de postura -Ralentizar -Anclaje respiración/cuerpo -Recordatorios
<i>Objetivo</i>	
<u>DESAYUNO – COMIDA</u>	
<i>Objetivo</i>	
<u>COMIDA – CENA</u>	
<i>Objetivo</i>	
<u>DESPUÉS DE LA CENA</u>	
<i>Objetivo</i>	
<u>ANTES DE DORMIR</u>	
<i>Objetivo</i>	

*Fuente:* elaboración propia a partir de García Campayo J, Demarzo M. y García Campayo J. (42, 43)

## ANEXO 10

<b>Nombre:</b>				
<b>AUTORREGISTRO SITUACIONES ESTRESANTES Y ESTRATEGIAS</b>				
Fecha	Situación identificada durante la actividad	Emoción experimentada	Estrategias de afrontamiento utilizadas	Otras posibilidades de afrontamiento

*Fuente: adaptado de Kabat-Zinn J. (45)*

<b>Nombre:</b>					
<b>AUTORREGISTRO SUCESOS AGRADABLES Y DESAGRADABLES</b>					
Fecha	Experiencia destacada de la actividad	Conciencia de sensaciones agradables y desagradables	Sensaciones físicas	Estados de ánimo	Ideas

*Fuente: adaptado de Kabat-Zinn J. (45)*

## ANEXO 11

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ACTIVIDAD DE MINDFULNESS. CUESTIONARIO ANÓNIMO

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea ésta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de la actividad?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Respondió a sus necesidades?

4	3	2	1
Sí, definitivamente	Sí, en general	En muy pocos casos	No, definitivamente

3.- ¿Hasta qué punto ha ayudado esta actividad a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Sólo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría estas sesiones?

4	3	2	1
Sí, definitivamente	Sí, creo que sí	No, creo que no	No, definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a está usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Nada satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Sí, me ayudaron mucho	Sí me ayudaron algo	No, realmente no me ayudaron	No, parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy Insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a realizar estas sesiones?

4	3	2	1
Sí, con seguridad	Sí, creo que sí	No posiblemente	No definitivamente

9.- En general, ¿cómo de satisfecha está usted con el trato recibido de parte de las profesionales?

4	3	2	1
Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Algo insatisfecha	Muy Insatisfecha

10.- En general, ¿cómo de satisfecha está usted con el clima que se ha creado entre las participantes?

4	3	2	1
Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Algo insatisfecha	Muy Insatisfecha

11.- ¿Cree que el hecho de ser un grupo sólo de mujeres ha favorecido los beneficios de la actividad?

4	3	2	1
Por supuesto que sí	Sí, creo que sí	Posiblemente no	En absoluto

12.- ¿Te gustaría continuar realizando actividades en grupo con mujeres?

SÍ	NO
----	----

13.- ¿Qué actividades?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado/servido de esta actividad ha sido:

---

---

---

---

---

---

Creo que se tendría que mejorar:

---

---

---

---

---

---

Fuente: adaptado de Attkisson CC, Greenfield TK. The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. In Maruish M (Ed.). In The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment (46).



