

2. El papel del terapeuta ocupacional en salud mental

Laura Marinas García

Terapeuta ocupacional por la Universidad de Oviedo.

Fecha recepción: 11.12.2021

Fecha aceptación: 17.12.2021

RESUMEN

En este trabajo se explica la necesidad de que haya terapeutas ocupacionales trabajando en el ámbito de la salud mental para que tengan una mayor independencia en su vida diaria y, por ende, una mejor calidad de vida. Existe un gran número de artículos en los cuales se especifica que las personas diagnosticadas de algún trastorno mental pueden tener dificultades en su funcionamiento, tanto a nivel básico, como social y/o laboral. Para ello se establece un programa de intervención en centros de salud mental y en el domicilio, teniendo en cuenta el seguimiento necesario para que se mantengan las rutinas establecidas en tiempo y forma. Además, en este programa también se tiene en consideración que existen estigmas en la sociedad, y por ello, ha de llevarse a cabo el empoderamiento de las personas por si tuviesen una baja autoestima para afrontar ciertas actividades, teniendo en cuenta a la familia o entorno más cercano si fuese necesario. Dado que cada persona tiene unas necesidades y realidades diferentes, el programa se lleva a cabo de forma individualizada y adecuada a unos objetivos pertinentes en cada caso. Destacar que, los objetivos que se proponen nacen de un acuerdo entre el terapeuta y el paciente.

Palabras clave: Terapia ocupacional, independencia, salud mental.

ABSTRACT

This paper explains the need for occupational therapists working in the field of mental health so that they have greater independence in their daily lives and, therefore, a better quality of life. There are a large number of articles in which it is specified that people diagnosed with a mental disorder may have difficulties in functioning, both at basic level, as well as, social and/or work. For this, an intervention program is established in mental health centers and at home, taking into account the necessary follow-up so that the routines established in a timely manner are maintained. In addition, this program also takes into consideration that there are stigmas in society, and therefore, the empowerment of people must be carried out in case they have low self-esteem to face certain activities, taking into account the family or environment closer if necessary. Sin-

ce each person has different needs and realities, the program is carried out individually and appropriate to relevant objectives in each case. Emphasize that the proposed objectives are born from an agreement between the occupational therapist and the patient.

Keywords: Occupational therapy, independence, mental health.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS en adelante), la buena salud mental está relacionada con el bienestar mental y psicológico. Por ello, trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto y ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender a las personas con trastornos mentales.



Imagen: google con licencia de utilización.

La enfermedad o el trastorno mental es “una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo”².

Además, existen varios obstáculos asociados como es el rechazo de la sociedad y los estigmas propios o ajenos, entre otros.

Por un lado, es común que las personas que sufren trastornos mentales tengan miedo al diagnóstico, o les preocupe lo que puedan pensar los demás sobre ello. Es decir, existe miedo a la repercusión que pueda tener un diagnóstico, tanto a nivel personal, como es la sensación de infravalorarse o la de no poder hacer, así como, a la sobreprotección o rechazo por parte del entorno por prejuicios y discriminaciones de familiares, pareja y amigos.

También produce un gran impacto en personas cercanas: desde trastornos del sueño hasta, en ocasiones, trastornos psicológicos³.

Los trastornos neurológicos y mentales son el 14% de las enfermedades a nivel mundial.

Concretamente, los trastornos mentales tienen una tasa mayor de mortalidad y una menor esperanza de vida. Es común achacar estos datos al número de suicidios existentes. Sin embargo, la gran mayoría de los fallecimientos son producidos por factores de riesgo modificables.

Es más común que una persona diagnosticada de un trastorno mental tenga hábitos poco saludables como el tabaquismo, el alcohol, una alimentación deficiente, excesiva y/o inadecuada, reducción de la actividad física y sedentarismo, etcétera.³

Es importante quedarse con las cifras de que entre el 25,3 y el 33,5% de las personas diagnosticadas de trastorno mental sufren discapacidad entendida como déficit en el funcionamiento diario. Y, sin embargo, entre el 60-65% no recibe la atención adecuada⁴.

Todo ello sin tener en cuenta el infradiagnóstico existente, el cual se podría reducir aumentando el número de visitas al centro de salud⁵.

Es por ello que, la definición de la OMS de prevención en salud mental se plantea de una forma multidimensional, entendida como "reducir la incidencia, prevalencia, y recurrencia de los trastornos mentales, la duración de los síntomas, los factores de riesgo de las enfermedades mentales, previniendo o retrasando la aparición de recaídas y reduciendo el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familiares y la sociedad"¹.

Ésta definición engloba los siguientes aspectos: prevención primaria, secundaria y terciaria. Entendida como primaria la eliminación de factores de riesgo, como secundaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano. Y como terciaria, la discapacidad en actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y sociales⁶.

El concepto de trastorno mental grave lleva inmerso dificultades en el funcionamiento de la vida cotidiana y las relaciones sociales. Por ello, las áreas de salud tienen Comunidades Terapéuticas de Salud Mental, cuyo objetivo es potenciar la independencia de la persona.

Aunque en muchos casos, es necesario el seguimiento de estas actividades en el domicilio para hacer una rutina que se alargue en el tiempo.

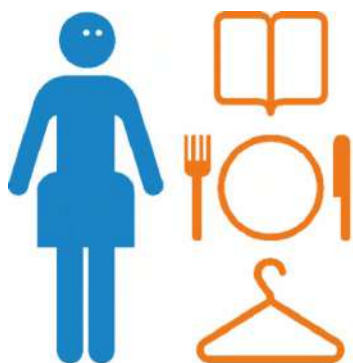


Imagen: Neuroped.

En los casos en los que el funcionamiento diario está afectado, se empodera la figura del terapeuta ocupacional⁷.

Según la OMS, la Terapia Ocupacional es "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir las mayores independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social"¹.

Desde esta disciplina se plantean dos tipos de intervención. La primera en un ámbito controlado de estímulos y materiales necesarios, por ejemplo, en el centro de salud mental. Y el segundo, en un contexto y entorno real, ya sea en el domicilio o en la calle, donde la persona vaya a realizar las actividades normalmente.

Es el terapeuta ocupacional el que decide si realizar las actividades en el contexto directamente o realizarlo en un ámbito controlado de forma previa, según el caso⁷.

Cabe destacar que, además de abordar los problemas que puedan surgir en el funcionamiento de la persona afectada de forma directa, es muy importante cubrir las necesidades de los cuidadores.

Antiguamente, la persona diagnosticada de trastorno mental no llevaba a cabo una vida en el domicilio. Sin embargo, se han hecho estudios que verifican la mejoría del desempeño en su entorno y contexto real. Por lo tanto, se aboga por un entrenamiento en las actividades de la vida diaria en el domicilio (atención comunitaria)⁷.

Es por ello que el cuidado principal, no depende de una institución sino de los cuidadores. Un estudio sobre el perfil del cuidador en salud mental, refiere que la gran mayoría son mujeres de entre 51 y 66 años, durante un mínimo de diez años y con una dedicación superior a 31 horas semanales. Se puede considerar una gran cantidad de tiempo y, por tanto, una enorme responsabilidad que recae sobre los cuidadores informales.

Éstos cuidadores no tienen ningún tipo de formación ni experiencia sobre como desenvolverse en este tipo de situaciones, dado que suele ser la familia directa la que se encarga. Por lo que este programa de intervención está dedicado tanto a ofrecer una metodología y unas pautas de trabajo, como para solucionar posibles dudas que surjan en el funcionamiento diario en el hogar⁸.

Además, se lleva un seguimiento sobre la sobrecarga que pueden tener estas personas y los problemas psicológicos que les puede acarrear convivir con una persona diagnosticada de trastorno mental y dependiente.

Aunque como ya se ha explicado, es importante que los cuidadores tengan formación sobre el manejo, también es vital que se sientan arropados desde el centro de atención sociosanitaria para poder plantear y abordar cualquier duda o conflicto que surja, tanto personal como en lo relacionado con el paciente⁸.

POBLACIÓN DIANA

Este programa se dirige de forma directa a todas aquellas personas diagnosticadas de cualquier trastorno mental el cual esté impidiendo el funcionamiento en su día a día. Engloba desde las actividades más básicas como la alimentación o el aseo hasta actividades más complejas como las referentes al aspecto laboral.

De forma indirecta, se plantea como apoyo, ayuda e información necesaria para los cuidadores principales.

OBJETIVOS

A continuación, se describen los objetivos del programa de Terapia Ocupacional que se plantea.

Todos ellos se desarrollan atendiendo a las necesidades de las personas incluidas en el programa de intervención.

Objetivos generales

1. Aumentar la independencia de las personas diagnosticadas de algún trastorno mental en relación a las actividades de la vida diaria.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de algún trastorno mental y sus cuidadores.



Fuente: elaboración propia.

Objetivos específicos

1. Adherencia terapéutica al programa creando una buena relación terapeuta-paciente.
2. Lograr una rutina de actividad física, alimentación y aseo adecuada en ejecución y frecuencia.

Destacar que estos son los objetivos del programa en sí. Cada paciente de forma independiente tendría unos objetivos individualizados adecuados a su situación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

A continuación se describen los criterios de inclusión y exclusión en relación a los pacientes para la participación en el programa de Terapia Ocupacional.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para este programa son:

- Ser mayor de edad
- Diagnóstico de algún tipo de trastorno mental
- Dificultades para llevar a cabo una rutina adecuada en actividades de la vida diaria

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para este programa son:

- No querer participar en el programa

Tabla. Criterios de inclusión y exclusión del paciente. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mayor de edad	Oponerse a la participación
Trastorno mental diagnosticado	
Dificultad funcionamiento diario	

En relación a los cuidadores, también existen criterios de inclusión y exclusión, tales como:

Tabla. Criterios de inclusión y exclusión del cuidador. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mayor de edad	Oponerse a la participación
Cuidador	

Destacar que, en caso de que fuese interesante trabajar estos aspectos con una persona que no quiere participar por el motivo que fuese, se abordaría de manera multidisciplinar con ayuda de otros profesionales, por ejemplo, de la psicología.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Aunque en este trabajo se explica la intervención y metodología de un programa de Terapia Ocupacional, a continuación, se detallan otros profesionales muy importantes en este proceso. La intervención interdisciplinar es básica para que ningún aspecto que rodea a la persona en cuestión quede sin tratar.

En los centros de atención sociosanitaria existen figuras profesionales tales como: psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares, musicoterapeutas y terapeutas ocupacionales⁹.

Todos estos profesionales hacen reuniones exponiendo cada uno de sus programas por áreas y la evaluación y evolución de cada uno de los pacientes.

La metodología del programa de Terapia Ocupacional que se plantea, consiste en llevar a cabo una evaluación, plantear unos objetivos, realizar la intervención adecuada en cada caso y por último una reevaluación.

A continuación, se van a exponer cada uno de los puntos de forma exhaustiva:



Fuente: elaboración propia.

Evaluación

La primera evaluación consiste en un proceso de recogida de información acerca de la persona para, posteriormente establecer unos objetivos acordes a su situación. Consta de diferentes partes:



Fuente: elaboración propia.

Anamnesis

En primer lugar, se lleva a cabo una anamnesis o recogida de datos personales generales y un perfil ocupacional para conocer aspectos básicos.

Tabla. Recogida de datos para la anamnesis. *Fuente: elaboración propia.*

NOMBRE	
APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA DE EVALUACIÓN	
DIRECCIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO PROPIO	
CORREO ELECTRÓNICO	
CONVIVENCIA	
CONTACTO DE LA PERSONA CON LA QUE CONVIVE	

Perfil ocupacional

El perfil ocupacional es, sin duda, algo muy característico de la Terapia Ocupacional, pues el modo de intervención se plantea en función de los datos obtenidos en esta primera evaluación. Por ello, se llevan a cabo diferentes preguntas para poder elaborarlo. Normalmente, el perfil ocupacional

se realiza mediante entrevista no estructurada, en una de las primeras conversaciones terapeuta-paciente. Es decir, los ítems que se plantean a continuación hacen referencia a la información que se saca de esa primera conversación, pero en algunos casos es más interesante ir realizándolo en diferentes sesiones. Sobre todo cuando son personas introspectivas o con alguna paranoia con la que se puedan obsesionar por la realización de tantas preguntas sobre su vida privada.

El objetivo del perfil ocupacional es hacernos una primera idea del entorno y contexto que vive la persona para poder elaborar un plan de intervención individualizado¹⁰.

Aunque se pueden añadir o quitar ítems según el caso, lo habitual es recoger los siguientes datos:

- Nombre y sexo
- Edad
- Diagnóstico
- Fecha en la que se le diagnostica y cómo fue la historia
- Farmacología actual
- Quién le acompaña al servicio de Terapia Ocupacional
- Otros antecedentes médicos e intervenciones quirúrgicas
- Cómo ha evolucionado la enfermedad desde su diagnóstico
- Si ha estado o no en algún otro programa rehabilitador
- Convivencia
- Roles
- Familia y mascotas
- Dificultades para su vida diaria
- Hábitos y rutinas durante un día normal
- Gustos e intereses
- Prioridades de mejora y objetivos del paciente

Análisis del desempeño ocupacional

A continuación, se realiza una evaluación más detallada de su funcionamiento diario. Para ello, destacar que durante

todo el proceso se va a tener en cuenta el Modelo Marco de la AOTA, teniendo en cuenta las áreas ocupacionales, las características del cliente, las destrezas de ejecución, los patrones de ejecución, los contextos y entornos y las demandas de la actividad.

El objetivo de realizar una evaluación mediante este marco es analizar de forma minuciosa cada actividad, para encontrar el motivo por el cual no se está realizando o se está ejecutando de una forma errónea.

Con una buena evaluación de las rutinas y actividades que lleva a cabo la persona, será mucho más fácil intervenir posteriormente¹⁰.

Áreas de ocupación

ÁREAS OCUPACIONALES
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
DESCANSO Y SUEÑO
EDUCACIÓN
TRABAJO
JUEGO
OCIO Y TIEMPO LIBRE
PARTICIPACIÓN SOCIAL

Fuente: elaboración propia.

Se recogen datos sobre si lleva a cabo las actividades siguientes de forma independiente o no. También es preciso describir si necesita ayuda y cual sería, así como referenciar en caso de que no haga una actividad por qué no la está haciendo.

Las actividades a evaluar se distinguen en: básicas, instrumentales, descanso y sueño, educación, trabajo, ocio y tiempo libre y participación social.

Dentro de las actividades básicas de la vida diaria están:

- Bañarse, ducharse
- Cuidado del intestino y la vejiga
- Vestirse
- Comer
- Alimentación
- Movilidad funcional
- Cuidado de los dispositivos de atención personal
- Higiene y arreglo personal
- Actividad sexual
- Aseo e higiene en el inodoro

Las actividades instrumentales hacen referencia a:

- Cuidado de los otros (incluyendo seleccionar y supervisar a los cuidadores)
- Cuidado de mascotas
- Facilitar la crianza de los niños
- Gestión de la comunicación
- Movilidad en la comunidad
- Uso de la gestión financiera
- Gestión y mantenimiento de la salud
- Establecimiento y gestión de hogar
- Preparación de la comida y la limpieza
- Práctica de la religión
- Mantenimiento de la responsabilidad y responder a la emergencia
- Compras

Un ejemplo del modelo de registro para las actividades básicas e instrumentales sería:

Tabla. Registro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Fuente: elaboración propia.

Actividad	Independiente	No la realiza	Ayuda/ incorrectamente	Cuál/por qué
Alimentación			✘	Hábitos poco saludables

Aunque existen escalas estandarizadas que recogen estos ítems, a modo personal, la forma más exhaustiva y sensible de observar cambios es con amplios registros de las actividades, por ello se plantea un ejemplo en el que se pueda observar el porqué de cada actividad.

Destacar que algunas de las escalas más utilizadas en salud mental desde la Terapia Ocupacional son:

- Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (Anexo 1)
- Habilidades básicas de la vida diaria (BELS)
- Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) (Anexo 2)
- Balance psicomotor de Bucher
- Montreal cognitive assesment (MOCA) (Anexo 3)
- Escala de evaluación comprensiva de TO (COTE) (Anexo 4)
- Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS)
- Cuestionario de ocio (Romero Ayuso,2001)
- Listado de intereses Matsutsuyu
- Entrevista histórica de desempeño ocupacional (OPHI-II)
- Autoevaluación ocupacional (OSA)

En este programa, las áreas ocupacionales de descanso y sueño, educación, trabajo, ocio y tiempo libre y participación social, se plantean mediante entrevista con preguntas abiertas, dado que tiene aspectos más subjetivos en preferencias de cada individuo.

Una vez se han obtenido estos datos, resulta interesante observar la realización de diferentes actividades del día a día para determinar la realidad de porqué no se están llevando a cabo y observar así las características del cliente, las destrezas de ejecución, los patrones de ejecución, los contextos y entornos y las demandas de la actividad¹⁰.

Características del cliente

CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE
VALORES, CREENCIAS Y ESPIRITUALIDAD
FUNCIONES DEL CUERPO
ESTRUCTURAS DEL CUERPO

Fuente: elaboración propia.

Son las habilidades, características o creencias propias de cada individuo, las cuales le pueden afectar en el desempeño de las actividades, y por tanto en su funcionamiento diario. Hacen referencia a las funciones y estructuras corporales, así como a los valores y creencias individuales.

Estas características se ven afectadas si existen algún tipo de discapacidad, dado que afecta y son afectadas de manera directa por las destrezas y patrones de ejecución, así como por los contextos y entornos.

Es importante tenerlas en cuenta dado que pueden dificultar la realización de una actividad, pero cabe destacar que no por el mero hecho de tener una deficiencia en una de ellas, es imposible llevar a cabo el desempeño¹⁰.

Destrezas de ejecución

DESTREZAS DE EJECUCIÓN
DESTREZAS SENSORIALES PERCEPTUALES
DESTREZAS MOTORAS Y PRAXIS
DESTREZAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL
DESTREZAS COGNITIVAS
DESTREZAS DE COMUNICACIÓN Y SOCIALES

Fuente: elaboración propia.

Las destrezas de ejecución son habilidades observables que tiene cada individuo y se pueden observar mediante la realización de diferentes actividades. Todas las destrezas están interrelacionadas y se pueden diferenciar en:

- *Destrezas motoras o praxis:* acciones y movimientos hábidosos para interactuar en tareas, con objetos y entornos diferentes.

- *Destrezas sensoriales-perceptuales:* acciones para localizar, diferenciar y asociar diferentes estímulos necesarios para llevar a cabo una actividad.
- *Destrezas de regulación emocional:* controlar los impulsos, la frustración y la labilidad emocional a la hora de afrontar una actividad.
- *Destrezas cognitivas:* capacidad de llevar a cabo una actividad organizando, atendiendo y memorizando todo lo necesario para completarla.
- *Destrezas de comunicación y sociales:* preguntar y pedir ayuda cuando sea preciso de una forma correcta¹⁰.

Patrones de ejecución

PATRONES DE EJECUCIÓN
HÁBITOS
RUTINAS
ROLES
RITUALES

Fuente: elaboración propia.

Los patrones de ejecución hacen referencia a las rutinas, hábitos, roles y rituales que tiene cada persona en su día a día. Es decir, cómo cada persona se organiza para llevar a cabo una misma actividad. Cuales realiza y cuales no y porqué, cuales son más importantes para cada uno, etcétera¹⁰.

Contextos y entornos

CONTEXTOS Y ENTORNOS
CULTURAL
PERSONAL
FÍSICO
SOCIAL
TEMPORAL
VIRTUAL

Fuente: elaboración propia.

El entorno es entendido como físico y social. El entorno físico son los objetos y cosas materiales que existen alrededor de una persona cuando está llevando a cabo cualquier actividad. El entorno social son las personas que le rodean.

En cuanto a los contextos, se pueden diferenciar en cultural, personal, temporal y virtual. El contexto cultural incluye las costumbres y creencias que tiene una persona y las expectativas asociadas que ello conlleva.

El contexto personal, se refiere a la edad, el sexo, estado económico social y educativo.

El contexto temporal hace referencia a las etapas de la vida, del momento del año, etcétera.

Y, por último, el contexto virtual hace referencia a situaciones simuladas¹⁰.

Demandas de la actividad

DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD
OBJETOS UTILIZADOS Y SUS PROPIEDADES
DEMANDAS DEL ESPACIO
DEMANDAS SOCIALES
SECUENCIA Y TIEMPO
ACCIONES REQUERIDAS
FUNCIONES DEL CUERPO
ESTRUCTURAS DEL CUERPO

Fuente: elaboración propia.

En último lugar, se encuentra el análisis de las demandas de la actividad, es decir, consiste en una evaluación exhaustiva de la actividad en relación al material, lugar, objetos necesarios para desempeñarla, funciones corporales o estructuras requeridas. Así como el tiempo necesario para llevarla a cabo¹⁰.

Escala de calidad de vida/ansiedad y depresión

Para acabar la evaluación, se plantea un cuestionario sobre la percepción de salud que tiene la persona. Esta escala es utilizada como indicador de la calidad de vida en personas

diagnosticadas de un trastorno mental y es sugerido para detectar nuevos problemas y trastornos crónicos. Se trata del Cuestionario de Salud general de Goldberg. Se trata de un cuestionario auto-administrado de dos subescalas, una para la ansiedad y otra para la depresión¹¹.

Es importante recordar que hace referencia a los problemas recientes únicamente y no a los que haya tenido a lo largo de la enfermedad¹².

Las dos subescalas constan de nueve ítems, pero las últimas cinco solo se responden si existe caso afirmativo en las cuatro primeras.

Reseñar que la gravedad de los ítems va creciendo a medida que se responden, por ello, las respuestas afirmativas en las últimas preguntas suelen corresponder a los casos más graves¹³.

Acordar objetivos realistas

Tras la evaluación, el Terapeuta Ocupacional valora cuales son los déficits y las capacidades que tiene la persona. En ese momento, escribe cuales serían los objetivos más realistas y adecuados en cada caso.

Después de este proceso, el paciente y el terapeuta se vuelven a reunir, esta vez para hacer un acuerdo en los objetivos. Es decir, ambos exponen sus objetivos e intereses sobre la intervención y han de llegar a un acuerdo.

Este acuerdo ha de ser apropiado a las necesidades y realista en tiempo y forma. Para que así conste, los objetivos quedan reflejados en un contrato terapéutico.

ESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL=		

Fuente: elaboración propia. Valoración: cuatro o más respuestas positivas se considera ansiedad¹³.

ESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?		
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido Vd. enlentecido?		
¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL=		

Fuente: elaboración propia. Valoración: dos o más ítems positivos¹³.



Fuente: elaboración propia.

El contrato terapéutico es una técnica que se utiliza con varias patologías con un resultado bueno, creando adherencia terapéutica.

Consiste en la realización de un documento en el que quedan reflejados los datos personales del terapeuta y del paciente que hace el acuerdo, así como los objetivos que se han de cumplir. Ambas partes tienen que tener algo de responsabilidad y no únicamente el paciente.

Que el terapeuta también se comprometa, que resuelva dudas en todo momento y que le ofrezca un seguimiento, favorece la confianza en la persona de referencia y en el tratamiento.

Un ejemplo de contrato terapéutico sería:

CONTRATO TERAPÉUTICO

Reunidos, por un lado, el/ la Terapeuta Ocupacional
y el/ la paciente del servicio de psiquiatría

han acordado que los objetivos de intervención serán:

Cláusulas:

- Se llevará a cabo la reevaluación de objetivos _____.
- En caso de no cumplir el contrato terapéutico, se cancelaría la intervención a este nivel, con todo lo que ello pudiese conllevar. Del mismo modo, habría que realizar otro contrato en el cual se presentaran objetivos de menor interés para la independencia de la persona beneficiaria.

Y para que así conste, se firma el contrato en Avilés, a _____.

Firma Terapeuta

Firma paciente

Fuente: elaboración propia.

Intervención

La intervención va dirigida a establecer, reestablecer, mantener o adaptar la independencia y autonomía en todas las áreas ocupacionales.

- Independencia entendida como la ejecución de diferentes actividades de la vida diaria en solitario, con o sin ayuda externa pero sin tercera persona.
- Autonomía entendida como la capacidad de decidir cómo, cuándo y dónde llevar a cabo o no las actividades de una manera adecuada.

Para ello se exponen tres tipos de intervención de Terapia Ocupacional: intervención en el centro de rehabilitación psicosocial, intervención en el domicilio e intervención en reinserción laboral¹⁴.

Intervención en el centro psicosocial

Los centros de rehabilitación psicosociales son recursos existentes en las Comunidades Autónomas en los cuales se ofrecen servicios para la ayuda y seguimiento de las personas con trastorno mental. En ellos, trabajan diferentes figuras, formando un equipo multidisciplinar, entre ellos, los terapeutas ocupacionales.

Desde estos servicios, se plantean programas de intervención:

Actividades de la vida diaria básicas e instrumentales

En estos programas se plantean diferentes actividades y metodologías. Algunas tareas se plantean de forma individualizada y otras de forma grupal. En general, serían las actividades básicas las que se plantean en solitario y las instrumentales en grupo.

En las actividades planteadas de manera individual, la metodología se va adaptando a cada persona.

Sin embargo, las actividades planteadas de forma grupal tienen una metodología y horarios establecidos, con unas normas y criterios de inclusión y exclusión en cada programa.

Por ejemplo: *programa de cocina*.

- *Criterios de inclusión:* tener interés sobre las actividades culinarias y comprometerse a acudir a las clases establecidas en los horarios establecidos.



Fuente: elaboración propia.

- **Criterios de exclusión:** oponerse a la participación.
- **Materiales y métodos:** todos los materiales necesarios corren a cargo del terapeuta ocupacional (excepto que sea el profesional el que encargue a algún paciente la compra de algún producto para trabajar de forma paralela las compras).
- **Lugar:** se lleva a cabo en la cocina del centro de rehabilitación psicosocial.
- **Horarios:** lunes, miércoles y viernes de 12:00 a 13:00.

Actividad física: deportes y psicomotricidad

Existen numerosos estudios que apoyan la realización de actividad física cuando existe un trastorno mental, dado que aporta consecuencias beneficiosas en el paciente. Además, a través del deporte se pueden establecer rutinas de ocupación y las actividades básicas que con ello conlleva, tales como el baño.

Dependiendo del programa en cuestión, se realizan en el centro de rehabilitación social o en el polideportivo de la zona.

Se pueden establecer programas de tenis, padel, baloncesto, fútbol... etc.

Por ejemplo: *programa de fútbol*.

- **Criterios de inclusión:** tener interés en la participación de este programa
- **Criterios de exclusión:** prescripción médica, trastornos cognitivos o físicos que lo impidan.
- **Materiales y métodos:** todo el material necesario lo aportará el terapeuta ocupacional. Es necesario llevar ropa deportiva adecuada a la actividad y una bolsa con lo necesario para ducharse a posteriori.
- **Lugar:** polideportivo de la zona.
- **Horarios:** martes y jueves de 12:00 a 13:00.

Actividades de mantenimiento cognitivo y orientación a la realidad

Este programa se plantea para mantener activos a los pacientes. En ocasiones, por falta de estímulos o medicación tomada aparecen trastornos cognitivos y es por ello que se realizan actividades para trabajar estos aspectos.

Por ejemplo: *taller de periódico*.

- **Criterios de inclusión:** querer participar en el programa o estar al día de sucesos de la actualidad.
- **Criterios de exclusión:** dependiendo de las noticias que se vayan a tratar, las consecuencias que pueden producir, por ejemplo, en trastornos persecutorios.
- **Materiales y métodos:** un ordenador o un periódico de papel, el cual aportará el terapeuta ocupacional.
- **Lugar:** centro de rehabilitación psicosocial.
- **Horarios:** lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 9:00 a 10:00.

Actividades de ocio y tiempo libre

Estos programas son los únicos que se plantean de forma abierta. Es decir, se proponen varias temáticas con la opción de que los propios pacientes puedan proponer otras o votar por la que más les interese. En función de los resultados, se programan las actividades.

Estas actividades tienen una base más cultural: se plantean salidas tales como ir al cine, a un jardín botánico, un museo, ir a un merendero, a una playa, hacer senderismo, etcétera.

Por ejemplo: *taller de cine*.

- **Criterios de inclusión:** querer participar en el programa.
- **Criterios de exclusión:** dependiendo de la temática de la película se valorará si es preciso que no acudan ese día, por ejemplo, en trastornos persecutorios.
- **Lugar:** cine más cercano.
- **Horario:** miércoles por la mañana (atendiendo al horario del cine).

En los casos que fuese necesario, por tener patologías concomitantes, también se realizarían prescripciones de productos de apoyo.

Intervención en el domicilio y entorno natural

La intervención en el domicilio va orientada específicamente al trabajo de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA	CAFÉ CON LECHE, ZUMO DE NARANJA Y TOSTADA
MACARRONES A LA CARBONARA	JUDÍAS CON JAMÓN	ENSALADA DE GARBANZOS	ARROZ A LA CUBANA	SALMÓN CON PATATA	GUISANTES CON JAMÓN	POLLO AL HORNO
YOGUR	FRUTA	YOGUR	FRUTA	YOGUR	FRUTA	YOGUR
DORADA AL HORNO	ENSALADA MIXTA	SOLOMILLO DE CERDO Y ENSALADA DE TOMATE	SOPA DE FIDEOS	BERENJENA RELLENA DE CARNE	PIZZA	BOQUERONES EN VINAGRE Y ENSALADA DE TOMATE

Fuente: elaboración propia.

Estudios verifican que llevar a cabo este tipo de abordaje mejora la adherencia al tratamiento y generalización de los aprendizajes y rutinas.

Tanto en el domicilio como en el entorno en el que se lleve a cabo la actividad, se ejecuta la misma por pasos y las veces que sean necesarias para su aprendizaje. De cara a la generalización de la actividad sin terapeuta, se le puede dar una guía.

Por ejemplo: un horario y recetas de cocina de forma semanal.

Destacar que, antes de proponer el horario se ha comprobado que es capaz de utilizar sin riesgos todos los materiales necesarios para conseguir la tarea propuesta, así como alergias posibles.

Para que se cumpla la ejecución de las tareas, se utilizan otros recursos como alarmas, contratos terapéuticos y autregistros.

En ocasiones, hay personas que tienen pluripatología, aunque una de las más comunes es la drogodependencia unida al trastorno mental, también pueden existir otras enfermedades. Siempre que estas patologías produzcan algún trastorno físico o cognitivo concomitante que intervenga en la función y desempeño de las actividades, se pueden realizar otro tipo de adaptaciones, con productos de apoyo, guías, fotos, etcétera.

Intervención: pisos tutelados

Los pisos tutelados, también llamados pisos terapéuticos, son un recurso a medio camino entre residencia y vida autónoma o en su propio domicilio.

Son unas viviendas compartidas con otras personas en el mismo nivel de independencia que cuentan con un programa de apoyo y convivencia para su desarrollo diario.

La función del terapeuta ocupacional en las viviendas supervisadas son muy parecidas a las ya explicadas en otros contextos. Es decir, el terapeuta ocupacional acude a estos pisos para asegurarse de que ciertas actividades se están

realizando de forma correcta en modo y tiempo, así como entrenar y enseñar diferentes actividades que en ese momento no se están realizando.

Las actividades más básicas suelen llevarlas a cabo de forma independiente para poder acceder a este tipo de recurso, pero aun así se lleva a cabo una supervisión.

Las actividades en las que se suelen centrar son las instrumentales: tales como preparar la comida, hacer la compra, gestionar el dinero y la limpieza del piso, etcétera.

Dado que son varias personas, desde el primer momento se plantean horarios de rutinas y responsabilidades para compartir las tareas del hogar.

Intervención laboral

La incapacidad laboral produce la indisposición para desempeñar labores específicas pertenecientes a un puesto de trabajo en especial. Se puede desencadenar por una enfermedad o un accidente. Dentro de este término se ha de especificar si es de origen laboral o no, así como si es temporal o permanente.

En caso de que la incapacidad sea declarada como permanente, el afectado ve reducidas sus capacidades para realizar algunas funciones de su puesto de trabajo de forma definitiva. Para que se reconozca esta situación la persona ha de pasar un tribunal médico que lo dictamine.

Este tipo de incapacidad se subdivide en cuatro grupos atendiendo al grado de inhabilitación:

- Parcial para la profesión habitual
- Total para la profesión habitual
- Absoluta para todo trabajo
- Gran invalidez: cuando se necesita ayuda de tercera persona en su vida diaria.

Las personas que sufren trastorno mental muestran diversas limitaciones funcionales. Puede haber personas que necesiten atención médica pero les es posible continuar

desarrollando su actividad profesional. También hay personas que siguen manteniendo sus actividades sociales y de la vida diaria intactas y casos en los que el paciente se aísla completamente.

En el caso laboral, tener una patología de este nivel conlleva el derecho a una prestación económica. En muchas ocasiones, cuando existen posibilidades de reinserción laboral en otro puesto diferente, algunas personas lo rechazan dado que prefieren recibir la pensión.

Sin embargo, el hecho de tener un puesto laboral tiene implicaciones positivas en el desarrollo del día a día, dado que conlleva tener una rutina más estructurada y unas ocupaciones específicas, y, por tanto, una vida más normalizada en la sociedad. Es función del terapeuta ocupacional promover la inserción laboral en estos casos, mediante una evaluación de capacidades de la persona y del puesto laboral para determinar qué puesto sería adecuado para cada persona. En estos casos, se trabaja de forma paralela con los trabajadores sociales de cara a conocer todos los recursos posibles¹⁵.

Para la adquisición de empleo, se debe tener en cuenta la educación e intereses de la persona, para enfocar el tipo de puesto laboral más óptimo, así como valorar la posibilidad de la educación o formación.

El terapeuta ocupacional tiene varias funciones en este proceso:

Evaluación de la compatibilidad paciente-puesto laboral

Para llevar a cabo este ítem el terapeuta ocupacional ha de hacer un análisis de las actividades que la persona tiene que desempeñar en su puesto laboral, así como para llegar al mismo.

Debe ser accesible para la persona, tanto física, cognitiva y socialmente.

El análisis de la actividad es una herramienta muy utilizada por los terapeutas ocupacionales y consiste en dividir cada tarea en pasos y determinar cuáles son las destrezas y características que se ha de tener para poder realizarla.

Por ejemplo: *persona de almacén*.

La persona que quiera optar a este puesto laboral, ha de tener unas condiciones sociales mínimas para relacionarse con sus compañeros y la capacidad de pedir ayuda si es que fuese necesario.

A nivel cognitivo ha de tener la atención y memoria suficiente como para saber dónde ha de colocar cada material. Además, ha de tener unas funciones superiores a nivel frontal sin afectación para que se pueda planificar y organizar el trabajo en el tiempo estimado.

A nivel físico, ha de tener las capacidades de estabilidad corporal, fuerza, equilibrio, coordinación... necesarias para caminar, cargar pesos, etcétera.

En caso de que la persona tuviese afecto algún tipo de característica que es necesaria para el puesto, se plantearían

dos opciones: la adaptación del puesto o la búsqueda de otro diferente.

La adaptación del puesto también puede ser físico, cognitivo o social. Por ejemplo, en el caso que se está desarrollando:

Una adaptación física en relación a la fuerza muscular, sería el uso de dispositivos con ruedas para llevar el material de un lugar a otro, por ejemplo, la transpaleta.

Una adaptación cognitiva en relación a la planificación y organización de las actividades, sería habilitar un panel de información dentro del almacén donde colgar un folio con los pasos a seguir para colocar todo el material.

Una adaptación social, podría ser la educación de sus compañeros de trabajo para saber cómo actuar en diferentes situaciones que se pudiesen dar, de forma que fuesen ellos los que se acercaran a la persona con trastorno mental para establecer un vínculo de compañeros de trabajo.

Una vez se haya realizado el análisis de la actividad y las adaptaciones pertinentes, se ha de comprobar que es compatible con la persona.

En algunos casos, se programa un periodo de adaptación en el cual el terapeuta ocupacional supervisa las labores que va realizando y de este modo el tránsito a la vida laboral de nuevo no es tan agresiva.

Orientación sobre posibilidades de empleo

En primer lugar, el terapeuta ocupacional y el trabajador social han de exponer al paciente todos los recursos y opciones que hay para encontrar un puesto laboral.

Se ha de primar los intereses de la persona siempre y cuando sean realistas. En caso de tener educación o experiencia previa, se intenta seguir por la misma línea de partida, en caso de no tenerla, se buscan opciones en las cuales no sean necesarios esos requisitos de formación o se le plantea la posibilidad de educación.

Elaboración de currículum vitae

Para la elaboración de un currículum vitae es necesario tener unos conocimientos básicos de manejo del ordenador. Por ello, se organizan talleres de informática desde el centro ambulatorio de salud mental, en una sala con varios ordenadores.

Se explican conceptos y programas necesarios para su elaboración, así como tipo de letra, número óptimo, el uso de una fotografía, qué información poner y cual suprimir, etcétera.

Además, se le ofrecen plantillas y ejemplos para la facilitación del mismo.

Tras la elaboración del documento, se plantea otro taller en lo referente a la entrega de los currículums. Es decir: vestimenta y habilidades sociales. Este taller se plantea en forma de role-playing entre varios pacientes y el terapeuta, simulando diversas situaciones.

Es interesante que tras los role-playing haya una puesta en común de cómo se han visto y como han visto a sus compañeros, qué habrían contestado ellos en cada caso, etcétera.

Consejos de actuación y vestido en una entrevista

Una vez se ha elegido el puesto laboral al que se quiere optar, se ha elaborado el currículum vitae y se ha realizado su entrega, se debe esperar respuesta.

En caso de no ser seleccionado para un puesto, se ha de seguir probando en otras empresas y buscar diferentes opciones.

Si por el contrario, ha sido seleccionado para una entrevista, debe asistir con unos conocimientos básicos sobre cuales son preguntas habituales en estas situaciones, sobre el vestuario con el que acudir, cuales son respuestas y actitudes buenas y cuales no.

Este abordaje también se lleva a cabo mediante role-playing, haciendo hincapié en la puesta en común posterior y solucionando todas las dudas que puedan surgir.

Información sobre derechos y deberes de un puesto laboral

Una vez se ha conseguido un puesto laboral, es necesario conocer las reglas del mismo. Tanto los derechos como los deberes, por ejemplo, es necesario saber que ha de cumplir y terminar las tareas que se han programado por día y que ha de cumplir el horario, sin acudir tarde ni salir antes de lo previsto.

También ha de saber sus derechos, tales como pedir ayuda en caso de que lo necesite, acudir al médico si se encuentra enfermo, etcétera.

Información sobre nóminas, cotizaciones y jubilación

En este caso se ha de explicar según el contrato establecido, porqué se establece ese salario. Por ello se hace un taller específico para conocer qué significa cada ítem de una nómina, y poder reclamar siempre que fuese necesario.

Sobre las cotizaciones y jubilación también se da alguna pincelada, para que conozcan y estén al tanto de la situación.

Intervención con la familia y cuidadores

La familia juega un papel fundamental en la vida de las personas con un trastorno mental, tanto como un apoyo social, como en la adherencia terapéutica.

Es por ello que una intervención no debe estar encaminada única y exclusivamente al paciente, sino que es muy importante intervenir con los cuidadores principales.

Ser cuidador significa tener una gran responsabilidad sobre esa persona, haciéndose cargo en ocasiones de que realice las actividades básicas, de la toma de medicación, de controlar si existen o no crisis, etcétera. Todo este cargo puede acarrear consecuencias importantes para los propios cuidadores, tanto físicas como cognitivas e incluso de aislamiento¹⁶.

Existen estudios que revelan que los cuidadores principales de personas dependientes tienen menor calidad de vida, repercutiendo también en su funcionamiento.

Es decir, como terapeutas ocupacionales y profesionales sanitarios y sociales en general, se debe abordar la situación en general y no aspectos a mejorar de forma selectiva.

Por ello, en este programa se plantean dos tipos de intervención familiar:

La primera, en relación al paciente: se les explica cuáles son los objetivos que se plantean, como se van a abordar y qué pueden hacer ellos para la generalización del aprendizaje.

Además, es necesario enseñarles a gestionar situaciones tales como una crisis, la negativa a tomar la medicación, etcétera.

En segundo lugar, se aborda en relación al cuidador como persona independiente, ofreciéndole apoyo y ayuda para evitar problemas psicológicos asociados, aislamiento, anhedonia, etcétera.

Aunque desde el primer momento se exponen abiertamente los servicios, de forma regular se aplica la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, detectando y proponiendo así ayuda aunque no sea pedida de forma explícita por los familiares.

Esta escala consta de veintidós preguntas a responder entre cinco opciones. La suma final de todas las respuestas evalúa si existe o no sobrecarga de tal modo:

- "Ausencia de sobrecarga", menos o igual de 46 puntos
- "Sobrecarga ligera", entre 47 y 55 puntos
- "Sobrecarga intensa" igual o más de 56 puntos

Escala de Zarit¹⁷

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Zarit, S.H. (1980) *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden.*

Debido a lo anteriormente expuesto, se puede concluir que paralelamente al proyecto dedicado a la persona con trastorno mental, se desarrolla otro dedicado a los cuidadores.

Cuidadores principales

Los objetivos que se plantean en este programa paralelo son:

- Identificar la sobrecarga de los cuidadores.
- Prevenir la afectación psicológica y de sus áreas ocupacionales a causa del rol de cuidador.
- Resolver dudas que pudiesen surgir.
- Ofrecer apoyo, seguimiento y estrategias ante posibles situaciones.

El método de intervención que se plantea tiene que ver con un enfoque multidisciplinar. Es decir, con reuniones familia- equipo completo.

Se puede abordar de manera individual o en grupo, de manera que pueden ser atendidos con otros familiares para exponer y normalizar situaciones del día a día, observando así que no son los únicos que están pasando por una situación difícil.

Aunque la escala de sobrecarga del cuidador la puede aplicar el terapeuta ocupacional en esa primera entrevista, este tipo de intervención se lleva a cabo por el/la psicóloga del centro.

Estrategias de intervención

Aunque la intervención se realiza de forma individualizada, existen estrategias comunes que se suelen utilizar para crear adherencia terapéutica y controlar el desarrollo de la intervención, como son los contratos terapéuticos, los auto-registros, las auto-instrucciones, los horarios y rutinas marcadas, las estrategias de compensación, adaptación de actividades, el empoderamiento, los refuerzos y las terapias individuales y grupales.

Contratos terapéuticos

Los contratos terapéuticos son una herramienta muy utilizada en salud mental, dado que, como se ha explicado anteriormente, consiste en un acuerdo bidireccional, no unidireccional e impuesto, y por ello, el paciente se siente en una relación con sentimiento de decisión. Consta en la exposición y firma de un trato mutuo para la consecución de un objetivo terapéutico.

Auto-registros

Los auto-registros consisten en diversas anotaciones a medida que se van cumpliendo tareas. Es decir, ha de quedar registrado en un documento qué ha cumplido y qué no. Se pueden hacer auto-registros diarios, semanales e incluso mensuales.

Auto-instrucciones

Las auto-instrucciones son una técnica utilizada en algunos casos, en los cuales se les enseña a monitorizar las actividades de tal manera que cuando existe un problema de



Fuente: elaboración propia.

organización y planificación, las auto-instrucciones aprendidas ayudan a la consecución de un objetivo.

Horarios y rutinas marcadas

En el momento en el que existen dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria de una manera óptima, el uso de los horarios y llevar a cabo una rutina estructurada es básico.

Es decir, para generalizar un aprendizaje o hábito, llevar a cabo una rutina diaria ayuda a su consecución, dado que la parte de organización y planificación de la actividad en el día ya está marcada.

Un ejemplo en el que se utilizan mucho es en el aseo, para tener una buena higiene diaria, lo cual suele estar afectado, sobre todo en casos más graves.

Empoderamiento

En muchas ocasiones la persona con un trastorno mental está anulada socialmente, no teniendo en cuenta su opinión en algunas ocasiones. Es por ello que suele estar ligado un sentimiento de inutilidad y soledad y por tanto apatía, anhedonia, etcétera.

Empoderar a la persona haciéndole ver que es importante y que su opinión cuenta es siempre necesario.

Para que el empoderamiento surja se hacen terapias individualizadas haciéndole ver todas las cosas buenas que ha conseguido y tiene a su alrededor. En muchas ocasiones, se tiene en cuenta la figura del psicólogo para abordar estos aspectos.

Refuerzos

Existen dos tipos de refuerzo: positivo y negativo.

- *El refuerzo positivo*: una determinada conducta del paciente conlleva una consecuencia agradable por parte del terapeuta. Dicha consecuencia no tiene porqué ser tangible.
- *El refuerzo negativo*: en este caso, el procedimiento se basa en la desaparición o no aparición de un estímulo aversivo. Se trabaja en reforzamiento de evitación o de escape según corresponda.

En salud mental, se suele utilizar con más frecuencia el refuerzo positivo, tanto desde los dispositivos de atención socio-sanitaria como desde los domicilios.

Este tipo de estrategia se explica a los cuidadores para el mantenimiento de las conductas que se han considerado como correctas, y de este modo, se ayude a la consecución de los objetivos planteados.

Terapias individuales y grupales

Aunque todos los tratamientos son individualizados, existen terapias que se llevan a cabo en solitario y otras de forma grupal.

Las terapias individuales se realizan y plantean para trabajar aspectos específicos de una persona. Se suelen utilizar para la ejecución de las actividades de la vida diaria y en el domicilio y entorno y contexto real.

Las terapias grupales se suelen llevar a cabo en el centro de rehabilitación psicosocial de salud mental o en entornos controlados, por ejemplo, un polideportivo. Son actividades con criterios de inclusión y exclusión, que se llevan a cabo en un horario y entorno establecido. El número de participantes varía en función del caso y actividad. Se plantean para trabajar aspectos generales, por ejemplo, orientación a la realidad, a nivel social o actividades de actividad física.

Reevaluación

La reevaluación consiste en volver a evaluar los aspectos tratados en la evaluación y observar si existen cambios o no.

Estos cambios pueden ser positivos o negativos:

- Llamaremos *cambios positivos* a aquellos que hacen referencia a la consecución o aproximación de un objetivo planteado.
- Llamaremos *cambios negativos* a aquellos que se alejan de los objetivos planteados o cualquier conducta nueva que implique el peor funcionamiento en su día a día, ya sea funcional o social.

Para testar de forma objetiva estos cambios, se utilizan los mismos registros que en la primera evaluación. Dado que en ocasiones las escalas estandarizadas no son sensibles a estos cambios, en los registros planteados se describen los mismos.

Una vez que se han pasado los registros, se comparan para plantear nuevos objetivos.

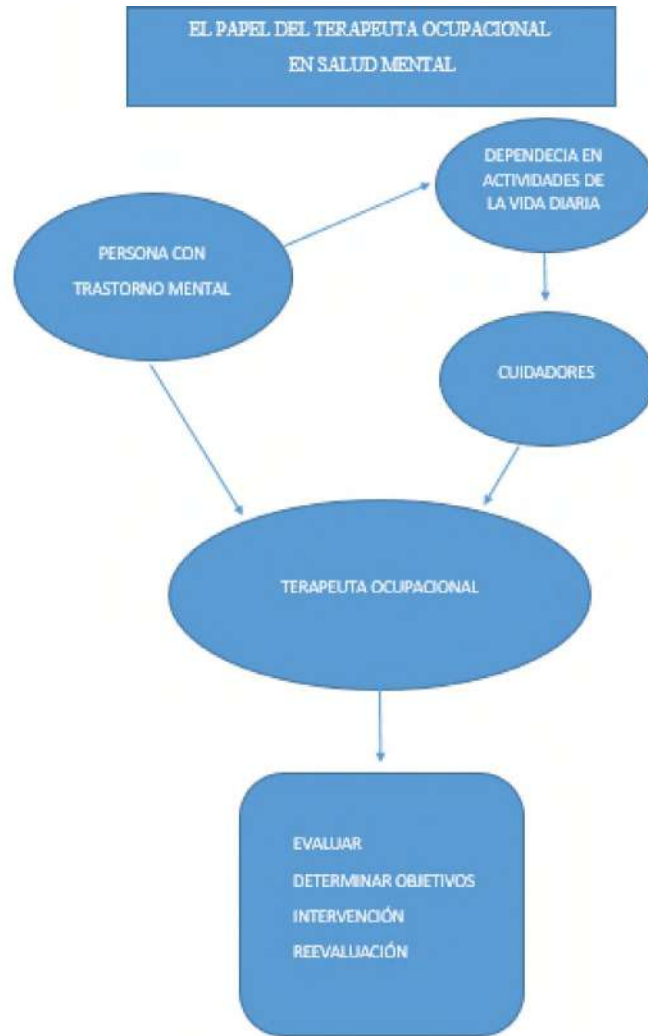
De nuevo, los objetivos planteados se realizan en común con el paciente, dejándolos escritos para que conste el acuerdo mediante un contrato terapéutico.

Las reevaluaciones se plantean cada cierto tiempo y según el caso, es decir, se pueden plantear reevaluaciones mensuales, trimestrales e incluso cada seis meses. Se pautan en función de la dependencia y gravedad del caso.

También se plantean reevaluaciones para los cuidadores, en relación a la sobrecarga en el domicilio.

Destacar que cualquier modificación, reevaluación o duda que pueda surgir queda a disposición del paciente y cuidadores. Es decir, aunque la reevaluación esté programada en una fecha determinada, pueden solicitar algún tipo de cambio.

La idea de estos programas siempre es llevar un seguimiento continuo y aportar el apoyo necesario para la consecución de los objetivos.



Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

El papel que puede asumir el terapeuta ocupacional con personas que padezcan trastorno mental, es el de guiar a los cuidadores y ayudar al paciente a cómo realizar tareas de la vida diaria. Para ello es necesario evaluar a la persona afectada, determinar unos objetivos determinados a cumplir, realizar una intervención acorde a los mismos y reevaluar. La reevaluación y modificaciones necesarias durante el proceso son muy importantes para adecuar la intervención y conseguir la independencia de los usuarios.

En definitiva, cualquier persona con una afectación en su funcionamiento diario se puede beneficiar de este programa de Terapia Ocupacional, independientemente de su diagnóstico, ya sea una depresión, un trastorno bipolar, una esquizofrenia, etcétera.

Se entiende afectación en su funcionamiento diario desde las actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, el vestido o el aseo, hasta las actividades instrumentales como el uso del transporte público, el teléfono móvil o el trabajo.

Los trastornos mentales tienen una prevalencia considerable en nuestra sociedad, sin embargo, tras la realización de este trabajo se ha observado que aunque ya existían trabajos similares publicados, el número de publicaciones en-

contradas es muy poco elevado. Es por ello que se podrían concluir dos cosas:

- Los terapeutas ocupacionales que trabajan en salud mental publican poco sus estudios.
- No se están realizando suficientes proyectos de Terapia Ocupacional en salud mental.

Destacar que en todos los documentos encontrados, los autores hacen gran hincapié en la publicación de más artículos para la consecución de más información y bibliografía acerca de este tema¹⁸.

Se puede concluir que es un objetivo interesante y a la par gran reto para que esta disciplina sea conocida y reconocida por todos los profesionales sanitarios y sociales como imprescindible en la intervención con personas diagnosticadas de trastorno mental.

Además, tal y como se ha especificado a lo largo de todo el documento, existe gran dependencia en esta población y gran sobrecarga en sus cuidadores.

Por ello, en relación a la protección y metodología para abordar estos casos, se concluye que es tan importante llevar una intervención individualizada con el paciente como cuidar y formar a los cuidadores haciéndoles "par-

te del equipo" para así, hacer una continuidad en todos los entornos y contextos.

También es importante concluir que hacer una evaluación holística, viendo a la persona como un todo y recogiendo datos sobre todas las áreas nos ayudará a realizar una mejor intervención, adecuando objetivos en cada caso. Destacar que muchas de las escalas utilizadas para evaluar las actividades de la vida diaria no son sensibles para recoger cambios en la evolución de las personas. Esto ocurre en diversas patologías, y en salud mental también, por ello se recomienda que se haga uso de registros más exhaustivos y explicaciones escritas por los terapeutas para apreciar cambios.

En muchas ocasiones, hay cambios en la plantilla laboral y que no existan registros específicos desarrollando de forma exhaustiva cada caso es un error, dado que estas escalas aportan muy poca información. Esto hace que al cambio de terapeuta de referencia, sea necesaria otra una primera evaluación.

Además, es necesaria la intervención de diversos profesionales, los cuales han de realizar tantas reuniones como sean necesarias para "remar en la misma dirección".

ELABORACIÓN DEL TRABAJO

Para la elaboración de este trabajo se han utilizado diversas bases de datos: entre ellas google académico, OTseeker y pubmed.

Tras la lectura de los resúmenes, se han seleccionado los más adecuados para este trabajo en fecha de publicación y contenido.

RECOMENDACIONES

Se recomienda seguir haciendo este tipo de estudios con un grupo poblacional observando cambios y recogiendo datos e individualizaciones de cada uno, con el objetivo de mejorar las evaluaciones e intervenciones que se puedan plantear desde los servicios de atención psicosocial a personas diagnosticadas de algún tipo de trastorno mental.

Además, se recomienda que en todas las instituciones que puedan surgir programas de intervención de este tipo, exista la figura del terapeuta ocupacional. El motivo es que es el encargado de analizar todas las actividades del día a día para detectar porqué no se están llevando a cabo.

También de forma directa hacia esta disciplina, se recomienda la publicación e investigación sobre terapia ocupacional en distintas áreas, dando a conocer la figura y los resultados beneficiosos que ello conlleva, para que pueda existir la Terapia Ocupacional basada en la evidencia con muchos trabajos de investigación que lo avalen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.int [Internet]. Internacional; 1948 [citado 11 dic 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/>
2. Consaludmental.org [Internet]. Madrid: ONCE; 1983 [citado 11 dic 2019]. Disponible en: <https://consalud>

mental.org/presentacion-confederacion-salud-mental/

3. Tapia FM, Castro WL, Poblete CM, Soza CM. Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Ment.* 2015;38(1):53-58.
4. Buitrago Ramírez F, Misol RC, Bentata LC, Fernández Alonso MDC, Campayo JG, Franco CM, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria.* 2016;48(1):77-97.
5. J.L.Cabrera Mateos R, Touriño González E, Núñez González C. Los trastornos mentales y su infra-diagnóstico en atención primaria. *SEMERGEN.* 2018;44(4):234-42.
6. Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Nogueira I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biol [Internet].* 2016;23(2):67-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
7. Contreras MI, Hurtado Montiel MD, Ramírez J. Trastorno mental grave: autonomía en el domicilio. 2018; Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. Vol 2. 1ª ed. Madrid: ASUNIVEP; 2018. p. 23-28.
8. Juan Porcar M, Guillamón Gimeno L, Pedraz Marcos. Cuidado familiar de la persona con trastorno mental Grave: una revisión integradora. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015; 23(2):352-360.
9. Rodríguez Martínez M, Montero Sánchez R. La terapia ocupacional en personas con trastorno bipolar. *Rev Chil Ter Ocup.* 2017;17(1):91-104.
10. Ávila Álvarez A, Martínez R, Matilla R, Máximo N, Méndez B, Talavera MA, et al. Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: Dominio y Proceso. *TOG (A Coruña) [Internet].* 2010[citado 2 Dic 2019]; 85. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
11. De La Revilla Ahumada L, De Los Ríos Álvarez AM, Luna Del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 2004;33(8):417-423.
12. Leturia Arrazola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E, Uriarte Méndez A. Escala de depresión y ansiedad de Goldberg. En: *Cáritas Española. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir.* Vol 1. Madrid: Cáritas Española; 2001. p. 311-312.
13. Montón C, Pérez Echeverría Mi, campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria.* 1993; 12(6):345-349.
14. Talavera Valverde M. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional.

pacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [Internet]. 2007 [citado 25 Nov 2019];(5): 23-42. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/REVISION2.pdf>

15. Rodríguez-Ruiz E. El papel del TO en la valoración funcional de personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña). 2016 [citado 17 Nov 2019]; 13(23):1-14. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/colab2.pdf>
16. Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, Ramírez Manent JI, José Arango JS, et al. Recomendaciones sobre el esti-

lo de vida. Aten Primaria [Internet]. 2016 [citado 5 Nov 2019];48(Supl 1):27-38. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630186X?via%3Dihub>

17. Zarit SH, Reiver K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980; 20(6):649-655.
18. Eguidazu M. Intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental, Análisis bibliográfico basado en la evidencia. TOG (A Coruña) [Internet]. 2015 [citado 22 Nov 2019];22(12):3-4. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/revision4.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0

Micción (valdrese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete		
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 2

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94)

Paciente..... Edad..... Sexo.....	
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria	
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

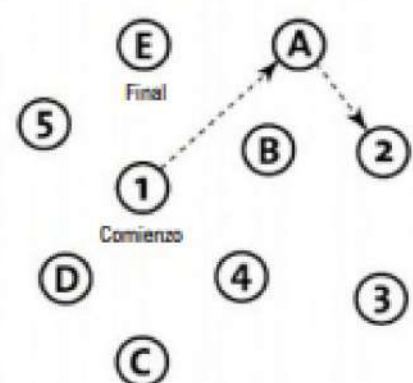
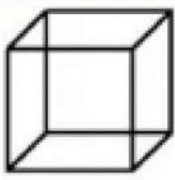

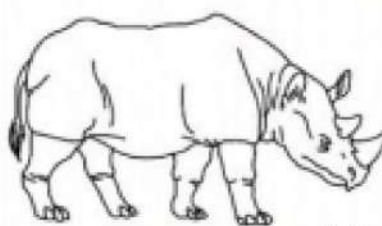
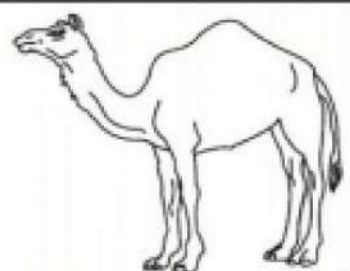
Máxima dependencia: 0 puntos
 Independencia total: 8 puntos

Anexo 3

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA				 Copiar el cubo	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos	
[]		[]		[]	[]	[]	
		[]	[]	[]	[]	[]	
		Contorno	Números	Agujas	___/5		
IDENTIFICACIÓN							
						___/3	
[]		[]		[]			
MEMORIA							
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
1er intento							
2º intento							
ATENCIÓN							
Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirla. []		2 1 8 5 4		___/2	
		El paciente debe repetirla a la inversa. []		7 4 2			
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[]		FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB		___/1	
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[]	93	[]	86	[]	
		[]	79	[]	72	[]	
		[]	65	4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.		___/3	
LENGUAJE							
Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.		[]		Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.		___/2	
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		[]		_____ (N ≥ 11 palabras)		___/1	
ABSTRACCIÓN							
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		[]		tren-bicicleta		___/2	
		[]		reloj-regla			
RECUERDO DIFERIDO							
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	___/5
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optativo Pista de categoría							Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN							
[]		[]	[]	[]	[]	[]	___/6
Día del mes (fecha)		Mes	Año	Día de la semana	Lugar	Localidad	

Anexo 4

COMPREHENSIVE OCCUPATIONAL THERAPY EVALUATION SCALE
(C.O.T.E.)

Escala de Evaluación Comprensiva en Terapia Ocupacional.

Nombre:

Edad:

Fecha:																	
I. Comportamiento General	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
a. Apariencia.																	
b. Comportamiento no productivo.																	
c. Nivel de actividad (a o b.																	
d. Expresión.																	
e. Responsabilidad.																	
f. Puntualidad.																	
g. Orientación a la realidad.																	
Sub-total.																	
II. Comportamiento Interpersonal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
a. Independencia.																	
b. Cooperación.																	
c. Auto-afirmación (a o b.																	
d. Sociabilidad.																	
e. Atención – comportamiento dado.																	
f. Respuesta negativa a otros.																	
Sub-total.																	
III. Comportamiento en la Tarea.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
a. Motivación.																	
b. Concentración.																	
c. Coordinación.																	
d. Seguir instrucciones.																	
e. Limpieza de la actividad O atención a detalles.																	
f. Resolución de problemas.																	
g. Complejidad y organización de la tarea.																	
h. Aprendizaje inicial.																	
i. Interés en la actividad.																	
j. Interés en completar la actividad.																	
k. Toma de decisiones.																	
l. Tolerancia a la frustración.																	
Sub-total																	
Total																	

Escala 0 ± Normal, 1 ± Mínimo, 2 ± Leve, 3 ± Moderado, 4 ± Severo.

ANEXO A.

DEFINICION DE TERMINOS.

PARTE I. COMPORTAMIENTO GENERAL