

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster

Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

**El desempeño ocupacional como variable en el proceso de
recuperación de personas con trastorno mental grave**

Autor/a / Autor/a: Alfonso García Borja

Director/a / Director/a: Dra. María Ángeles Ruipérez Rodríguez

Iván Carlos Legascue de Larrañaga

Data de lectura / Fecha de lectura:



Resum / Resumen:

La incorporación del concepto de recuperación a los servicios de salud mental implica en estos cambiar el centro de atención de los síntomas de la enfermedad a las capacidades de las personas para incrementar la autoestima, el significado, la autodeterminación, el empoderamiento, la esperanza y el sentido de la vida. La promoción de tales elementos y con ellos la recuperación, mediante la implicación práctica de las personas se sitúa en el desempeño ocupacional, pudiendo ser este el motor de dicha promoción desde la práctica centrada en la persona. El objetivo general es situar el desempeño ocupacional como variable en la recuperación de las personas con trastorno mental grave. El método ha sido descriptivo desde un estudio de una serie de 13 casos basados en la herramienta estandarizada de valoración de la medida canadiense del desempeño ocupacional (COPM). Los resultados muestran como los usuarios identificaron 26 ocupaciones diferentes. Discusión: los resultados obtenidos podrían mejorar con trabajo previo sobre el concepto del desempeño. Conclusión: considerando las limitaciones del estudio la COPM se mostró como herramienta adecuada para los participantes de la Unidad de Rehabilitación. Mostrándose adecuada la inclusión del desempeño ocupacional como variable para la evaluación del proceso de recuperación en personas con trastorno mental grave.

Paraules clau / Palabras clave:

Desempeño, ocupación, recuperación, salud mental, espiritualidad.

Contenido

1	Marco teórico	1
2	Objetivos	7
2.1	Objetivo general	7
2.2	Objetivos específicos	7
3	Metodología y diseño	7
3.1	Aspectos éticos	7
3.2	Diseño del estudio	7
3.3	Instrumento de medida: descripción y aplicación	8
4	Resultados	9
4.1	Análisis de datos	9
4.2	Análisis descriptivo de la muestra del estudio.	10
4.3	Resultados obtenidos en aplicación de la COPM	12
5	Discusión	14
5.1	Limitaciones e implicaciones del estudio	15
6	Conclusiones	16
7	Referencias	17
8	Anexos	20
8.1	<i>Anexo I: Declaración de consentimiento informado</i>	<i>20</i>
8.2	<i>Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM)</i>	<i>21</i>
8.3	<i>Anexo III: Áreas del desempeño ocupacional propuestas por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)</i>	<i>24</i>
8.4	<i>Anexo IV. Desempeño, satisfacción y sus calificaciones</i>	<i>25</i>

1 Marco teórico

Encontramos varias definiciones de TMG, a continuación se expone una de ellas por ser la más utilizada y que incluye tres dimensiones (Conejo et al. 2014).

- Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.
- Duración de la enfermedad y del tratamiento: tiempo superior a dos años.
- Presencia de Discapacidad: existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global que indica una afectación moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Situarnos, desde la anterior definición, en las perspectivas de la recuperación “supone privilegiar el concepto de *healing* (sanar) frente al de *cure* (curar)”; de ello se deriva que la recuperación, más allá de una vuelta al funcionamiento y estado de salud anterior a la enfermedad. Esta comprende un amplio espectro de posibilidades desde la cuales surge el concepto de recuperación o *recovery*, tal como referenciaban Jacobson y Greenly (2001). Si bien, el planteamiento no es nuevo como idea, si lo es la redefinición conceptual y pragmática del término; y lo es aún más como un modelo alternativo a prácticas rutinarias en servicios convencionales de la atención a salud mental o en rehabilitación psicosocial (Leamy et al. 2011).

Jacobsson y Curtis (2000) ya proponían como sujetos en el acercamiento del concepto de recuperación a los sistemas de salud mental a los movimientos de “clientes de los servicios de salud mental” e “iniciativas reivindicadoras de los derechos sociales”. El origen del concepto de recuperación como modelo socio-sanitario se encuentra en las experiencias subjetivas de las personas con TMG, habiendo sido posible su consolidación, en la última década del siglo XX, gracias a la tenacidad de las asociaciones familiares (Shepherd, Boardman & Slade, 2008). No obstante Leamy et al. (2011) nos muestran que se trata de un concepto en desarrollo, y sin embargo, se evidencia en entornos y comunidades no occidentales que las personas con trastornos mentales graves se recuperan siguiendo muy diversos caminos (Raguram, Venkateswaran, Ramakrishna, & Weiss, 2002); estas son circunstancias que denotan lo transcendentemente que es la diversidad del trabajo en la salud mental, en el ámbito tanto terapéutico como teórico (Halliburton, 2004).

Trabajos como *Psychiatry beyond the current paradigm* por Bracken et al. (2012) presentan un escenario en el cual, se revierte la hegemonía de modelos de atención a personas con TMG basados en la preponderancia de la tecnología -con sus inherentes relaciones de poder-, dibujándose un horizonte de diversidades casuales; la evidencia que presentan estos subyace, a modo de origen o germen, la incorporación de la subjetividad personal de los propios implicados en el proceso de recuperación. Dichas evidencias redundan en las perspectivas que apuntan la necesidad de incorporar el concepto de recuperación como un nuevo marco ideológico a partir del cual construir y diseñar los servicios de salud mental; tal como nos refiere Macías (2011), se trata de un concepto central en el diseño de los recursos socio-sanitarios de salud mental en el mundo anglo-sajón. Sin embargo, en España y América aun siendo conocido y citado no goza en las gestiones de los sistemas de salud mental de privilegio alguno, definiéndose el concepto de recuperación mediante alusiones y comparaciones a rehabilitación e integración, siendo ello indicativo del desconocimiento o falta de síntesis y concreción de este concepto y sus diferencias para con los otros, donde al primar conocer cómo y qué recursos son los utilizados por las personas con TMG para superar los problemas, se da preponderancia a sus experiencias subjetivas. Ilustrando dichas diferencias Macías (2011) confecciona la Tabla 1: Diferencias entre los modelos de rehabilitación, integración y recuperación. Denotando que los rasgos del concepto de recuperación presentados no son incompatibles con los de los conceptos de rehabilitación e integración.

Tabla1: Diferencias en modelo de rehabilitación, integración y recuperación (Macías, 2011).

	Rehabilitación	Integración	Recuperación
Disciplinas relacionadas	Aprendizaje social, psicología, psiquiatría social	Derechos ciudadanos, proceso estigmatizador, antropología, sociología	Psicología narrativa y cultural, antropología social y cultural
Enfoque	Social e individual	Social y político	Subjetivo, experiencias personales, sociocultural
Objetivo	Aprendizaje de conductas reforzantes socialmente	Ciudadanía, integración social	Construcción identidad coherente, logro del significado personal
Tipo de intervención	Programas de carácter conductual	Gestión sociosanitaria, programas de sensibilización e información, programas laborales y residenciales	Influencia del entorno, relaciones informales o a sistemáticas, recursos para construir significados, denuncia
Perspectiva	Molecular	Molar	Molar
Evaluación e investigación	Esencialmente cuantitativa: psicométrica y observacional	Mixta	Esencialmente cualitativa, experiencia subjetiva, narrativa
Protagonistas	Profesionales del área de la psiquiatría y psicología	Asociaciones de familiares, grupos políticos	Familiares, pacientes, afectados en general, clientes, supervivientes

The Future Vision Coalition (2009) presenta la recuperación como *“una serie de valores sobre los derechos de la persona a construir una vida significativa para sí misma, con o sin la*

presencia continuada de síntomas de salud mental. La recuperación está basada en las ideas de la autodeterminación y el control de sí mismo. Hace énfasis en la importancia de la esperanza en el mantenimiento de la motivación y la ayuda con el objetivo de la consecución de una vida llena de sentido". Dentro de este marco en algunos países anglosajones ya ha supuesto un virar de los servicios de salud mental centrados en el tratamiento hacia una orientación de los servicios a la recuperación, actuando en post del empoderamiento y el control de las interacciones con los servicios socio-sanitarios por parte de los usuarios (Sainsbury Centre for Mental Health, 2009).

Cabe destacar que en la introducción en los servicios socio-sanitarios del concepto de recuperación ha estado y está sustentada en la evidencia; para para tales evidencias en el campo de la investigación se han dado dos cuestiones primordiales. Por un lado; la presencia de investigadores quienes en primera persona han supuesto un ejemplo de recuperación (ex-pacientes). De otro lado; dar prioridad en las investigaciones a los resultados obtenidos por las personas que alcanzaban una vida significativa, en detrimento de centrarlas en recaídas y deterioro; cambio este promulgado por los propios ex-pacientes (Farkas & Anthony, 2012).

A partir de la revisión de investigaciones Farkas (2007) identificó, al menos, cuatro valores clave que sustentan los procesos de recuperación: orientación hacia la persona, implicación de la persona, autodeterminación/autoelección y potencial de crecimiento (esperanza).

La "orientación hacia la persona", insta al trato holístico promoviendo la valoración y desarrollo de los puntos fuertes de las personas, en contraposición a centrarse en las carencias y dificultades; guiando también a los servicios a la promoción en el desarrollo de funciones significativas y valoradas socialmente por las personas, mediante el acceso tanto a recursos como entornos externos a los propios del sistema de salud mental. Por su parte, la "implicación de la persona" es componente esencial para el desarrollo del sentimiento de fortalecimiento e incremento de la autoestima; requiriéndose la participación de las personas implicadas en el diseño la aplicación de los servicios; se trata pues de participar activamente en planificar, implementar y evaluar los programas; que es en sí "*nada para nosotros sin nosotros*". La autora nos habla de "*autodeterminación y autoelección*" como las piedras angulares proceso de recuperación; versa en tener la oportunidad de elegir los objetivos, métodos y personas con quienes participar a lo largo del proceso; siendo así, componentes inherentes a un servicio que reconoce los valores de las personas. En la orientación a la recuperación es indispensable el compromiso de mantener y generar "esperanza"; dando pues cabida al potencial de crecimiento

de las personas que participan de los servicios, incluyéndose tanto usuarios como profesionales, “*los profesionales que carecen de esperanza en sí mismos realmente no pueden aplicar una orientación hacia la recuperación*”; desprendiéndose de ello la necesidad de dar apoyo a las aspiraciones diversas de las diversas personas (Farkas, 2007).

Saavedra distribuyó en tres apartados los componentes esenciales en la recuperación: reconstrucción de la identidad y control sobre la propia vida; relaciones personales y sentido de comunidad; recursos materiales, trabajo y otras actividades sociales (Macías, 2011).

En modo semejante, Leamy et al. (2011) en su amplia revisión sistemática y síntesis narrativa presentan un marco conceptual para la recuperación personal en salud mental; en él establecen cinco procesos de recuperación: conectividad; esperanza y optimismo sobre el futuro; identidad; sentido de la vida; y el empoderamiento. Estos procesos han sido reiterados y ratificados en posteriores estudios (Slade et al. 2012) y (Bird et al. 2014).

Constituyéndose desde dichos componentes las bases, como nos dicen Slade et al. (2014) para implementar la práctica orientada a la recuperación centrada en la persona y con el objetivo de ayudar a los individuos a llevar una vida significativa; este emplazamiento sitúa a la práctica en roles de colaboración y facilitación, requiriéndose pues la transformación de los servicios, prácticas y paradigmas ofertados¹. Circunstancia que se vislumbra planteada por la OMS en el plan de acción sobre salud mental 2013–2020, donde el sexto de sus principios, referido literalmente, dice “*emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental*”. (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Unido a todo ello, encontramos en el marco de la recuperación referencias muy comunes a la ocupación como dimensión laboral; Macías (2011) muestra cómo el trabajo es considerado, en

¹ Al respecto a estas cuestiones Thomas Kuhn, dio a paradigma su significado contemporáneo, en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* en 1962; en ella, Kuhn escribió: “las sucesivas transiciones de un paradigma a otro vía alguna revolución, es el patrón de desarrollo usual de la ciencia madura”. (...) “Después de una revolución científica, muchas mediciones y manipulaciones antiguas pierden su importancia o son reemplazadas por otras. (...) Sea lo que fuere que pueda ver el científico después de una revolución, está mirando aún el mismo mundo. Además, aun cuando haya podido emplearlos antes de manera diferente, gran parte de su vocabulario y sus instrumentos de laboratorio serán todavía los mismo que antes. Como resultado de ello, la ciencia post-revolucionaria incluye muchas de las mismas manipulaciones llevadas a cabo con los mismos instrumentos y descritas en los mismos términos que empleaban sus predecesores de la época anterior a la revolución.”

la cultura occidental, una fuerza socialmente integradora –no obstante, se hallan fuera del sector laboral la mayor parte de las personas con trastorno mental grave-, si bien no es la única actividad que facilita la recuperación; Mezzina et al (2006) concretan que ninguna actividad estructurada -ni el empleo- facilitan la recuperación, de no ser elegida y significativa para la persona.

Se plantea entonces una amplitud de la de ocupación mayor, más variada y trascendente que la mera sinonimia con trabajo o empleabilidad; el concepto de ocupación es definido por Wilcock (1998), como *“procesos dinámicos en los que interviene la cultura a la que pertenece una persona. Esa cultura le asigna significados a lo que la persona hace; intervienen también sus creencias y valores; emociones; y por supuesto, el sustrato neurobiológico que es la base de las habilidades. Además, las ocupaciones, tanto en el transcurso como en el producto, tienen un potencial de crecimiento personal y de transformación tanto en su contexto como en el orden socio-cultural”*. *“... una comprensión única de la ocupación que incluye: todas las cosas que las personas hacen, la relación entre lo que hacen y quienes son como seres humanos y el hecho de que mediante la ocupación se encuentran en un estado constante de poder llegar a ser diferentes. La ocupación es una síntesis de ser, hacer y llegar a ser”*. Zango y Moruno (2013) citando a Hammell y otros nos remarcan cómo en los caracteres intrínsecos -en la consideración de ocupación- se hallan: las características de significado personal, vínculo con la independencia, contribución a la identidad personal, medio de control de la vida, respuesta a las necesidades y aspiraciones de la persona. Su ejercicio práctico, el desempeño ocupacional, es definido por la American Occupational Therapy Association (AOTA) como *“la acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. Mejorar o capacitar en habilidades y patrones en el desempeño ocupacional, conduce al compromiso con las ocupaciones o actividades”* (Ávila et al. 2010).

La ligazón de los elementos expuestos con anterioridad pudiera sincretizarse en una confluencia de los componentes de la recuperación en torno al desempeño ocupacional -el significativo quehacer diario de las personas-, siendo a partir de las interacciones de los diversos desempeños con los contextos y entornos donde se fomentan, establecen y desarrollan los elementos claves en la recuperación de las personas; siendo la percepción subjetiva positiva -o negativa- de dichas interacciones catalizador o inhibidor en la promoción de los componentes del proceso de recuperación.

En su trabajo Roberts y Boardman (2014) nos plantean que esto puede no ser fácil de llevar a la práctica, ya que aquello que es importante para el bien estar de la gente puede no ser el objetivo principal de los servicios de Salud Mental; haciéndose necesario el cambio hacia el trabajar juntos, caracterizado por un co-diseño, co-producción y co-entrega entre profesionales y personas con trastornos mentales. Igualmente los autores remiten la importancia de la medición de los resultados personales de recuperación, para la evaluación de servicios y prácticas, aludiendo a como estos pueden ser algo distinto y superpuesto a los “resultados clínicos” tradicionales, nos hablan de la autoevaluación subjetiva de “mi proceso en mi recuperación”, incluyendo el logro de los propios objetivos individuales de la persona.

Llegados a este punto, surge la cuestión de cómo es plausible articular las consideraciones y conceptos anteriores en el ámbito de la rehabilitación ofertada actualmente por los servicios de Salud Mental; dar respuesta a ésta cuestión nos remite al establecimiento de una investigación en post de discernir la vinculación del desempeño ocupacional en el concepto de recuperación y en la práctica orientada a la recuperación, buscando la posibilidad de establecer un modo de evaluación y un modelo de trabajo orientado a la recuperación y centrado en la persona, que además permita implementarse en modo multidisciplinar.

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

El presente trabajo tiene como objetivo general valorar las posibilidades de inclusión del desempeño ocupacional como variable para la evaluación del proceso de recuperación de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

2.2 Objetivos específicos

1. Detectar las áreas ocupacionales valoradas como problemáticas por los usuarios del programa de rehabilitación del centro de salud mental de Lorca.
2. Establecer una línea base para la evaluación estandarizada del proceso de rehabilitación del centro de salud mental de Lorca.
3. Determinar la adecuación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM) como instrumento de evaluación en personas con trastorno mental grave.

3 Metodología y diseño

3.1 Aspectos éticos

Se ha tenido en cuenta la protección de datos del paciente según la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se han respetado los principios enunciados de la Declaración de Helsinki adoptada en junio de 1964 y enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013 (Asociación Médica Mundial, 2013).

Se ha realizado la autorización del paciente por medio del consentimiento informado; según modelo adjunto como Anexo I

3.2 Diseño del estudio

En demanda de objetivos descritos y coherencia a la filosofía del concepto de recuperación se estableció el diseño de investigación no experimental mediante un estudio descriptivo transversal de series de casos (Seoane, Martín, Segovia, & Moreno, 2007).

La población de referencia de este estudio han sido mujeres y hombres -que voluntariamente han decidido participar- con trastorno mental grave que acuden a la Unidad de Rehabilitación (UR) de Lorca, perteneciente al Área III del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia.

La selección de los participantes se realizó en función al cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, siendo estos:

- Criterios de inclusión:
 - Persona con trastorno mental grave (TMG).
 - Edad superior a 18 años.
 - Ambos sexos.
 - Sin trastornos graves de comportamiento.
 - Estabilizado psicopatológicamente.
 - Usuario del Programa de Rehabilitación en Adultos del CSM de Lorca.
 - Aceptar la participación por medio del consentimiento informado
- Criterios de exclusión:
 - Gran invalidez.
 - Retraso mental.
 - Consumo actual de tóxicos.
 - Trastornos severos de conducta.
 - Evidencias de rasgos antisociales.
 - No aceptar la participación por medio del consentimiento informado.

El método de muestreo -acorde a las características de los usuarios, número de estos, del mencionado recurso y al periodo establecido para la recopilación de datos- fue no probabilístico, de tipo oportunista o de conveniencia; quedando formada la muestra objeto de estudio por 13 participantes (n=13).

3.3 Instrumento de medida: descripción y aplicación

Conforme al diseño y objetivos establecidos anteriormente se determinó la utilización de instrumentos de medida validados y estandarizados, que se hallen presentes en la literatura científica con especificidad y adecuación al concepto de desempeño ocupacional y de aplicación abordable por los investigadores. De tal modo, como herramienta de recopilación de datos se seleccionó la Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (Canadian Occupational Performance Measure COPM), adjunta como Anexo II.

Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock autoras la Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM) en 1990, muestran como se trata de una herramienta validada y estandarizada que se basa en una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas, a realizar cara a cara y su duración estimada oscila entre 30 y 40 minutos (Law et al. 2005).

El cuestionario establece tres áreas o bloques -autocuidado, productividad y ocio- en las cuales el entrevistado identifica las ocupaciones o actividades problema que le son significativas, posteriormente las prioriza en función de la importancia que él les otorga y selecciona 5 de ellas que volverá a priorizar entre sí; por último en cada de estas 5 ocupaciones o actividades problema determina su propio nivel de desempeño y el grado de satisfacción percibido en una escala de 1 a 10 para las variables, lo cual habilita su tratamiento estadístico. La mejoría tanto en desempeño como en satisfacción superiores a 2 puntos está considerada un cambio clínicamente significativo (Plata, 2012).

Las entrevistas fueron realizadas en la propia Unidad de Rehabilitación (UR de Lorca); todas ellas en la misma estancia y franja horaria. A su vez, moderadas por un único investigador, quien apoyo las referencias ocupacionales contenidas en los cuestionarios para cada uno de los tres bloques –manteniendo inalterado su diseño original- con las áreas del desempeño ocupacional propuestas por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) (Ávila et al. 2010), véase anexo III. El periodo de entrevistas se inició el 14/05/2015 y finalizó el 02/06/2015, ambos inclusive. En modo consecutivo se procedió a la recopilación de datos de los historiales de los participantes, extendiéndose hasta el 05/06/2015.

4 Resultados

4.1 Análisis de datos

Para realizar el estudio descriptivo de la muestra, los registros procedentes tanto de las entrevistas como de la recopilación de datos se procesaron para su análisis estadístico. Se ha empleado los siguientes estadísticos: indicadores de tendencia central (media y error típico), indicadores de dispersión (varianza, desviación típica, rango, mínimo y máximo) indicadores de posición (percentiles), indicadores de forma (asimetría y curtosis y sus errores típicos) y representaciones gráficas y tablas Resultados (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Un total de 13 personas con trastorno mental grave no institucionalizados que cumplían los criterios de inclusión y exclusión constituyeron la muestra final.

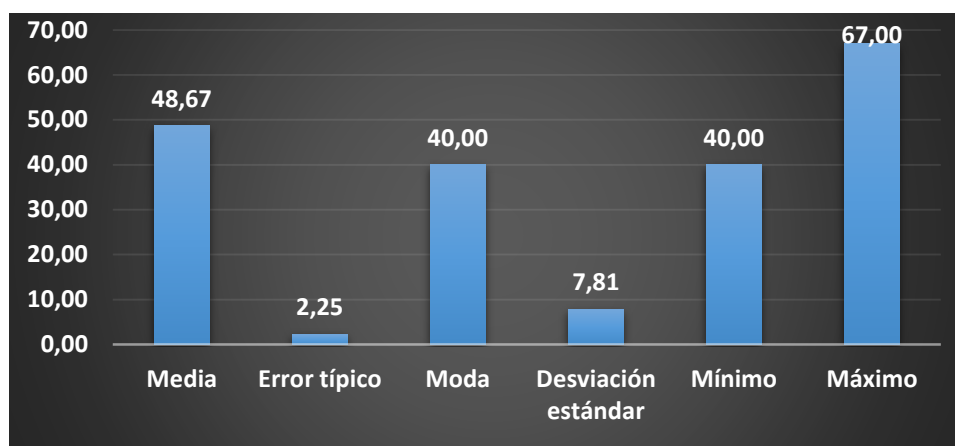
Los resultados obtenidos se presentan en dos apartados: uno, los resultados del análisis descriptivo de la muestra del estudio; y dos, los resultados de la aplicación de la medida canadiense del rendimiento ocupacional COPM.

4.2 Análisis descriptivo de la muestra del estudio.

Se detalla a continuación los principales datos estadísticos de la muestra.

Los estadísticos descriptivos obtenidos en los participantes de la muestra respecto a su edad aparecen reflejados en la Gráfica 1.

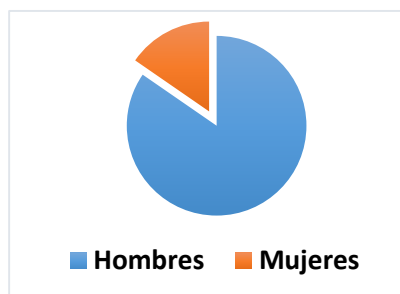
Gráfica 1. Edad de la muestra



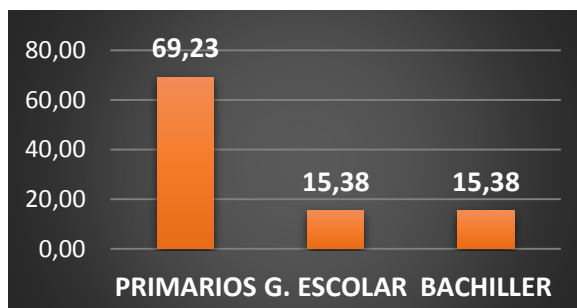
De la distribución por sexos, presentada en la Gráfica 2, se observa un número elevado de hombres ($n=11$; 82,62%) en la muestra en relación a las mujeres ($n=2$; 15,38%) que participaron en el estudio.

El nivel de estudios de los en la muestra total es otra variable sociodemográfica analizada, se puede comprobar como del total de 13 personas incluidas, el número más alto pertenece a estudios primarios sin graduado escolar ($n=9$) y más bajos tanto estudios de bachiller como de graduado escolar ($n=2$), como aparece en la Gráfica 3.

Gráfica 2. Distribución por sexo



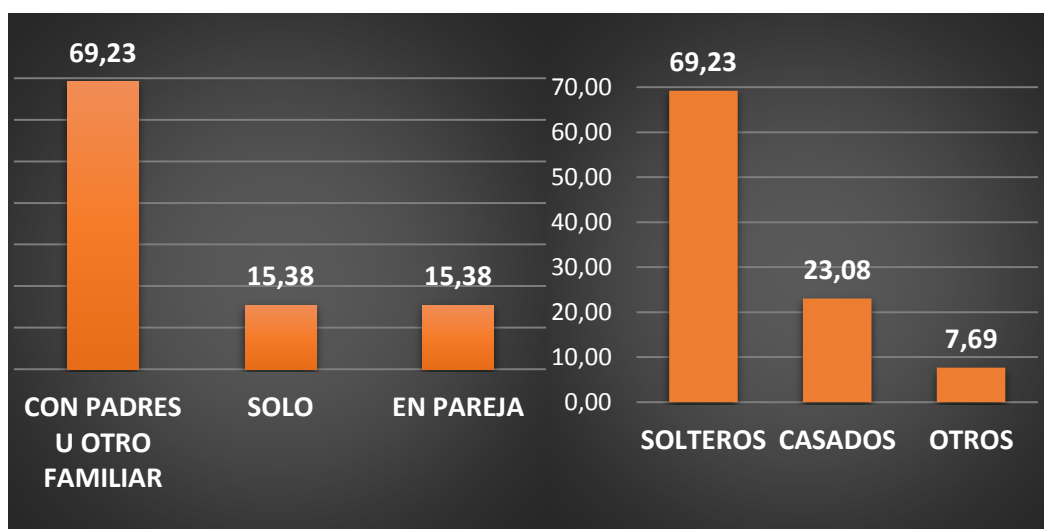
Gráfica 3. Nivel de estudios de la muestra



En cuanto a la vivienda, el 100% de los pacientes viven en la vivienda familiar siendo nula la presencia de otros formatos de viviendas como las protegidas o las supervisadas. A su vez; en

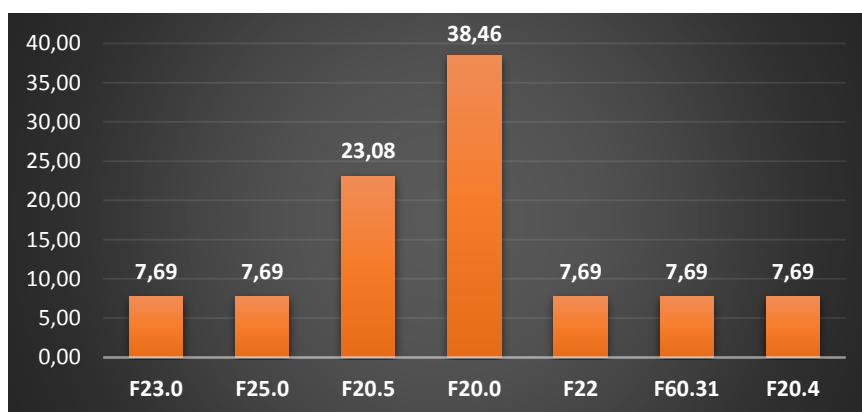
el análisis de la convivencia se observa, tal y como se muestra en la Grafica 4, que la mayoría conviven con sus padres u otro familiar (n=9), un número escaso de ellos viven en pareja (n=2) al igual que solos (n=2). Muy semejante es la distribución por estado civil, donde coinciden los participantes solteros (n=9), se incrementan los casados(n=3) y disminuyen otras situaciones(n=1), tal como está presente en la Grafica 5

Gráfica 4. Análisis por Convivencia en la muestra Gráfica 5. Análisis por estado civil en la muestra



La mayoría de los sujetos están diagnosticados -según la CIE-10- de F20.0 esquizofrenia paranoide (n=5), F20.5 esquizofrenia residual (n=2) mientras que el resto de diagnósticos se hallan presentes en iguales condiciones (n=1), véase la Grafica 6.

Gráfica 6. Distribución de la muestra por diagnostico principal (según CIE-10)



En el total de la muestra se destacan; por una parte, una media desde el inicio de la enfermedad de 24,3 años; y por otra, un tiempo de permanencia en la Unidad de Rehabilitación (UR) de 8,25 años. El total de datos se detallan en la Tabla 2. Análisis del inicio de la enfermedad y permanencia en la UR.

Tabla 2. Análisis del inicio de la enfermedad y permanencia en la UR

Análisis del inicio de la enfermedad			Análisis de la permanencia en la UR		
N	Validos	13	13	Validos	N
	Pedidos	0	0	Pedidos	
	Media	24,33	8,25	Media	
	Error típico	2,37	1,56	Error típico	
	Mediana	22,00	8,00	Mediana	
	Moda	26,00	1,00	Moda	
	Desviación estándar	8,19	5,40	Desviación estándar	
	Varianza de la muestra	67,15	29,11	Varianza de la muestra	
	Curtosis	0,19	-1,47	Curtosis	
	Coefficiente de asimetría	1,05	0,07	Coefficiente de asimetría	
	Rango	25,00	15,00	Rango	
	Mínimo	15,00	1,00	Mínimo	
	Máximo	40,00	16,00	Máximo	

4.3 Resultados obtenidos en aplicación de la COPM

El primer dato en este apartado del estudio es la duración que tuvieron las entrevistas, donde la media se situó en 40 minutos, con un mínimo de 30 y máximo de 50 minutos.

El total de la muestra (n=13) generó 65 ocupaciones; resultando 26 ocupaciones diferenciadas, distribuidas en las áreas del desempeño ocupacional, tal como se presenta en la Tabla 3. Ocupaciones identificadas por área del desempeño ocupacional. Siendo la mayor incidencia en el área de Productividad (47,72 %) y la ocupación más reiterada asistir a la UR (n=8; 12,31%), seguida de las relaciones sociales en la UR y participar en la familia (n=6; 9,23%, en ambas).

Tabla 3. Ocupaciones identificadas por área del desempeño ocupacional

Áreas COPM (1997,2002)	Áreas Ocupacionales AOTA (2010)	Ocupaciones	(%)	n
Cuidado de sí mismo (18,47 %)	Actividades De La Vida Diaria (AVD) (9,24 %)	Aseo personal	4,62	3
		Movilidad funcional (domicilio)	1,54	1
		Control del peso	1,54	1
		Comer	1,54	1
	Descanso y Sueño (9,23 %)	Dormir	6,15	4
		Descansar	1,54	1
Levantarse		1,54	1	
Productividad (47,72 %)	Actividades Instrumentales De La Vida Diaria (AIVD) (40,02 %)	Asistir a UR	12,31	8
		Toma de la medicación	3,08	2
		Mantenimiento del hogar	7,69	5
		Comprar	4,62	3
		Cocinar	4,62	3
		Movilidad en la comunidad	1,54	1
		Conducir	1,54	1
	Cuidado de otros	4,62	3	
	Trabajo (4,62 %)	Búsqueda de empleo	3,08	2
		Trabajo familiar	1,54	1
Educación (3,08 %)	Estudiar	3,08	2	
Ocio (33,86 %)	Ocio o Tiempo Libre (9,24 %)	Practicar deporte	1,54	1
		Pasear	4,62	3
		Ver tv	1,54	1
		Viajar	1,54	1
	Participación Social (24,62 %)	Relaciones sociales en UR	9,23	6
		Socialización (salir con otros)	3,08	2
		Participar en la familia	9,23	6
Comunicación familiar	3,08	2		

Las puntuaciones del desempeño y satisfacción; así como, las calificaciones de estos se presentan en el anexo (IV). Desempeño, satisfacción y sus calificaciones. El análisis del intervalo de valoraciones del desempeño, véase Tabla 4, indica que el 95,38% de las ocupaciones son susceptibles de mejora registrable y de ellas el 66,15 % clínicamente reconocibles.

A su vez, en la Tabla 5 se presentan los intervalos de valoración por participantes y número de ocupaciones -de las cinco seleccionadas por cada uno- que han estado comprendidas en dicho intervalo. Tan solo en dos participantes se produjeron valoraciones que dieran lugar a difíciles registros de la mejoría; y que ello aconteció para una y dos de las cinco ocupaciones seleccionadas por dichos participantes, respectivamente. Por lo tanto, se muestran como ocupaciones objetivo, susceptibles de mejora y fácilmente registrables, la mayor parte de las seleccionadas; en el caso más desfavorable llegaron a ser un mínimo de 3 ocupaciones.

Tabla 4. Análisis del intervalo de valoraciones del desempeño

Ocupaciones	Intervalo de valores del desempeño		
	De 1 a 7	8	De 9 a 10
Nº	43	19	3
%	66,15	29,23	4,62

Tabla 5. Intervalos de valoración del desempeño por Ocupación y n

Intervalo de valores del desempeño	Nº de Ocupaciones				
	1	2	3	4	5
De 1 a 7	3	2	1	4	4
8	6		1		2
De 9 a 10	1	1			
	registros de n				

5 Discusión

La duración de las entrevistas, una media de 40 minutos, es un dato relevante dado que en las Unidades de rehabilitación los las personas son evaluadas en cada área del equipo, provocando una demora en el inicio de las intervenciones. Además, la reducción del tiempo de evaluación facilita el mantenimiento de la atención en aquellas personas con déficit en ésta, disminuyendo los sesgos informativos y número de errores; además facilita posteriores reevaluaciones.

En referencia a ello García-Arenas (2015) presenta como otros instrumentos de evaluación utilizados en estos recursos como son: la escala de habilidades básicas de la vida diaria (BELS) con una duración media de 55 minutos y el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP) con 33 minutos de duración media. Respecto de los cuales la COPM se sitúa como intermedia en duración.

La identificación por los propios participantes de los ítems (ocupaciones) es un doble aspecto de alto interés. Por un lado, los 26 ítems diferenciados entre todos los participantes, tienen potencial para conformar un método de evaluación estandarizado para la UR desde la perspectiva de las personas que participan de ella. En consonancia, (Uriarte Uriarte, 2010) expone la ausencia de métodos estandarizados para evaluar los recursos sanitarios en Salud mental y como es clave para el desarrollo adecuado de los servicios, entre otros, la capacidad para reflejar las prioridades de los usuarios y sus cuidadores.

Por otro lado; la identificación por los propios participantes de los ítems, en máxima consonancia a la práctica centrada en la persona, promueve la determinación de objetivos significativos de intervención; y es una distinción esencial con otros instrumentos de evaluación, los cuales casi en su totalidad, como refieren Casas, Escandell, Ochoa y Ribas (2010) son modelos estructurados que tienen preestablecidas las áreas de interés e inflexibles a la expresión de la subjetividad en muchos casos, características éstas que reducen su

adecuación a determinados ámbitos. Al mismo tiempo -la globalidad de los ítems propuestos- habilita un método para la evaluación del servicio basado en los intereses y objetivos de sus usuarios, en coherencia con la necesidad de evaluar la subjetividad del proceso de recuperación, tal como proponen Roberts y Boardman (2014).

Hitch, Hevern, Cole y Ferry (2007) exponen en su comparativa de seis escalas que la COPM posibilita la flexibilidad permitiendo el compromiso con los usuarios al estar centrada en el cliente.

Parker y Sykes (2006) realizaron una revisión sistemática de 64 estudios, destacan del uso de la COPM, su eficacia en la puesta en común de los problemas de rendimiento ocupacional, habilitar la asociación entre profesional y cliente; así como su solidez para el desarrollo de competencias de los clientes. Haciendo patente las dificultades de algunos profesionales en el uso de esta medida, entre otros motivos por el tiempo requerido para su aplicación, al igual que el en el estudio de Pan, Chung y Hsin-Hwei (2003) para el uso de la medida con personas con trastornos psiquiátricos

Las valoraciones del desempeño proveen datos que permiten estimar fácilmente registrable las mejoras en este, inclusive clínicamente significativas. Si bien, ha de considerarse la presencia de valores excesivamente elevados para constatar mejorías; indicándonos como el concepto de desempeño debe ser estudiado adecuadamente con cada persona; al igual sucede en las valoraciones de la satisfacción, donde se presentan valores elevados con mayor frecuencia.

A este respecto, Cresswell y Rugg (2003) con personas diagnosticadas de esquizofrenia en un servicio basado en la comunidad, en Gran Bretaña, encontró un cambio clínicamente significativo y cuantificable en el rendimiento y la satisfacción del cliente a través del tiempo. Posteriormente Carswellel al. (2004) concluyen que la COPM es eficaz en la cuantificación de cambio en el desempeño ocupacional y habilita a los usuarios para identificar sus necesidades.

5.1 Limitaciones e implicaciones del estudio

El tamaño de la muestra (n=13) implican para el estudio un error muestral del 23, 83% y un nivel de confianza del 32%.

La selección de los pacientes se realizó a partir de los usuarios que acuden a la Unidad de Rehabilitación, los cuales pueden diferir de los de otra Unidad de Rehabilitación similar.

El sesgo de entrevistador, al tratarse de solo uno, puede estar presente. Por ello, y a fin de reducir este, se utilizó como guía en todas las entrevistas la clasificación de la AOTA (2010) de las áreas del desempeño ocupacional (Ávila et al. 2010).

La relación entre entrevistado y entrevistador es muy importante para determinar el éxito o el fracaso de la intervención; al no ser el entrevistador uno de los terapeutas usuales, dicha relación fue más frágil. Este es un factor que podría reducir las necesidades de estudio para los conceptos del desempeño y la satisfacción, expresadas con anterioridad.

Para un futuro Dado que nuestro estudio se decidió realizarlo en la Unidad de Rehabilitación de Lorca, quizá se podría ampliar a otras de la Región de Murcia y/o fuera de ella.

Realizar estudios correlacionales con otros instrumentos de evaluación proveería de la validez externa los resultados obtenidos y pudiendo generalizar las recomendaciones.

6 Conclusiones

Considerando las limitaciones presentes en nuestro estudio y en respuesta a los objetivos específicos se concluye que:

- La aplicación Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM) ha posibilitado la detección de las áreas ocupacionales problemáticas para totalidad de los participantes (n=13) en la Unidad de Rehabilitación de Lorca.
- Los datos obtenidos permiten el establecimiento de una cuantificación inicial para la reevaluación de los usuarios participantes, estableciéndose como línea base para dicha reevaluación en la Unidad de Rehabilitación de Lorca.
- La Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM) se ha mostrado adecuada para su aplicación en personas con trastornos mental grave, en la Unidad de Rehabilitación de Lorca.

En modo semejante como respuesta al objetivo general y teniendo en cuenta la necesidad de continuar las investigaciones que permitan generalizar lo hallazgos en ésta línea, se observa adecuada para la evaluación del proceso de recuperación de las personas con trastorno mental grave la inclusión del desempeño ocupacional como variable de carácter múltiple y complejo.

7 Referencias

(s.f.).

- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones en seres humanos*.
- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., Talavera Valverde, M., & al, e. (2010). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción] www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [03/02/2014]; [85p.] Available from: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust N Z J Psychiatry*, 48(7), 644-653.
- Borrel, F. (2011). *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Fernando, S. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434. doi:doi: 10.1192/bjp.bp.112.109447
- Carswell, A., McColl, M., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal Occupational Therapy*, 71(4), 210-222.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ochoa, S., & Ribas, M. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXX(105), 25-47.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J., Alot Montes, A., García-Herrera, J., González López, M., & Moreno Küstne, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2). doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200005>
- Cresswell, M. K., & Rugg, S. A. (2003). The Canadian Occupational Performance Measure: Its use with clients with schizophrenia. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 10(12), 544-553.
- Farkas, M. (2007). La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry*, 5(2), 68-74.
- Farkas, M., & Anthony, W. (2012). Psychiatric Rehabilitation Interventions: A Review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 114-129.
- García-Arenas, J. J. (2015). Evaluación de la independencia personal. Relación con el funcionamiento social y la inteligencia emocional en personas con trastorno mental grave. (Tesis de Doctorado) Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante. ISBN: 978-84-606-6553-3.
- Halliburton, M. (2004). Finding a fit: psychiatric pluralism in South India and its implications for WHO studies of mental disorder. *Transcult Psychiatry*, 41, 80-98.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Hitch, D., Hevern, T., Cole, M., & Ferry, C. (2007). A review of the selection for occupational therapy outcome measures in a community mental health rehabilitation setting. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(3), 221–224.
- Jacobson, N., & Greenly, D. (2001). A conceptual model of recovery. *Psychiatric Services*, 52(5), 688-688.
- Jacobsson, N., & Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*(4), 333-341.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, W., & Townsend, E. (1997). Core concepts of Occupational Therapy. En E. Townsend, *Enabling occupation: An occupational therapy perspective* (pp. 29-56) (pág. 32). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2005). *Canadian Occupational Performance Measure (4th ed. Rev.)*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- Macías, F. J. (2011). Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18(1), 121-139. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000100008>
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., & Sells, D. (2006). The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *Archives of Andrology*, 9(1), 63-80.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental*. Recuperado el 30 de Mayo de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
- Pan, A. W., Chung, L., & Hsin-Hwei, G. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure for clients with psychiatric disorders in Taiwan. *Occupational Therapy International*, 10(4), 269-267.
- Parker, D., & Sykes, C. (2006). A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: a Clinical Practice Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(4), 150-160.
- Plata, R. (2012). Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María. *Norte de salud mental*, X(44), 62-71.

- Raguram, R., Venkateswaran, A., Ramakrishna, J., & Weiss, M. (2002). Traditional community resources for mental health: a report of temple healing from india. *BMJ*, 325, 38–40.
- Roberts, G., & Boardman, J. (2014). Becoming a recovery-oriented practitioner. *Advances in psychiatric treatment*, 20, 37–47. doi: 10.1192/apt.bp.112.010652.
- Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). *Implementing recovery: a new framework for organisational change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Recuperado el 13 de Mayo de 2015, de http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf
- Seebohm, P., Henderson, P., Munn-Giddings, C. T., & Yasmeen, S. (2005). Together We Will Change: Community Development, Mental Health and Diversity. *Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Seoane, T. M.-S., Martín, J. L., Segovia, S. L., & Moreno, F. J. (2007). La investigación a partir de la observación: estudios descriptivos, Estudios analíticos. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 5, 250-256.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). Making recovery a reality. London: *Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. doi:doi:10.1002/wps.20084
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 21(4), 353-364. doi:10.1017/S2045796012000133
- The Future Vision Coalition. (2009). *A future vision of mental health*. Recuperado el 14 de Mayo de 2015, de [http://www.newvisionformentalhealth.org.uk/A future vision for mental health.pdf](http://www.newvisionformentalhealth.org.uk/A_future_vision_for_mental_health.pdf)
- Uriarte Uriarte, J. J. (2010). Evaluación de la Atención a la Enfermedad Mental Grave y Rehabilitación: algunos apuntes para el futuro. En J. A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez, & C. Abelleira, *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (págs. 305-310). Valladolid: FEARP.
- Wilcock, A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 248–257.
- Zango, I., & Moruno, P. (2013). Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 8(1), 9-48. Available from: <http://www.aibr.org/antropologia/netesp/numeros/0801/080101.pdf>.

8 Anexos

8.1 Anexo I: Declaración de consentimiento informado

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña _____ de _____ años de edad y con DNI:

Manifiestan que haber recibido y comprender toda la información recibida acerca del estudio en el que han sido seleccionados. Así mismo manifiestan haber sido informados/as sobre los beneficios que podría suponer la participación en el Proyecto de Investigación **“El desempeño ocupacional como variable en el proceso de recuperación de personas con trastorno mental grave”** con el fin de mejorar el tratamiento de dicho problema de salud.

Acepto participar en este proyecto, consistente en unos cuestionarios y que no implica la realización de ningún tipo de analítica ni la prescripción de ningún tipo de medicación nueva. Se me ha explicado y he comprendido el propósito y los procedimientos del estudio. Se me han aclarado las dudas acerca del mismo.

Autorizo al investigador principal y a sus colaboradores a que se usen los datos obtenidos de las escalas para la finalidad explicada, así como el acceso a mi historial clínico para completar la información que fuera necesaria.

La participación en el estudio tiene un carácter libre y voluntario, pudiendo abandonar el mismo en cualquier momento, sin que ello repercuta en la prestación sanitaria que venimos recibiendo.

Hemos sido también informados/as de que nuestros datos personales, serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre y serán tratados en su conjunto, nunca de manera individual.

Tomando ello en consideración, OTORGAMOS nuestro CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

En _____, a _____ de _____ de 2015

Firma del investigador

Firma del participante

Firma del padre/madre/tutor

8.2 Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM)

MEDIDA CANADIENSE DE RENDIMIENTO OCUPACIONAL (COPM)

Autores:

**Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock**

La Medida Canadiense de rendimiento ocupacional (COPM) es una medida individualizada, diseñada para ser utilizada por terapeutas ocupacionales para detectar cambios en la percepción de problemas de rendimiento ocupacional a lo largo del tiempo.

Publicado por CAOT Publications ACE

© M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, 2000

Nombre del cliente:		
Edad:	Género:	Carnet de identidad:
Persona delegada para responder (en caso de no ser el cliente mismo)		
Fecha de evaluación:	Fecha programada para la re-evaluación:	Fecha de re-evaluación:

Terapeuta:
Institución/Agencia:
Programa:

Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM) (continuación)

PASO 1: IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE RENDIMIENTO OCUPACIONAL	PASO 2: CALIFICAR LA IMPORTANCIA
<p>Para identificar problemas, preocupaciones y dificultades en el rendimiento ocupacional, entreviste al cliente, preguntándole acerca de sus actividades diarias en las áreas de cuidado de sí mismo, productividad y ocio. Pida al cliente que identifique las actividades diarias que desea hacer, las que necesita hacer y las que se espera que haga, animándole a describir un día típico. Luego, pida al cliente que identifique aquellas actividades que actualmente son difíciles de realizar a su satisfacción. Anótelas en los Pasos 1A, 1B ó 1C.</p>	<p>Utilizando la tarjeta de calificación provista, pida al cliente que califique, en una escala del 1 al 10, la importancia de cada actividad. Coloque las calificaciones en las casillas correspondientes de los pasos 1A, 1B ó 1C.</p>
<p>PASO 1 A: Cuidado de sí mismo</p> <p>Cuidado personal _____ (ej. Vestirse, bañarse, alimentarse, higiene)</p> <p>Movilidad funcional _____ (ej. traslado, interior, exterior)</p> <p>Gestión Comunitaria _____ (ej. Transporte, compras, finanzas)</p>	<p>IMPORTANCIA</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<p>PASO 1 B: Productividad</p> <p>Trabajo remunerado / voluntariado _____ (ej. Encontrar/mantener un empleo, voluntariado)</p> <p>Manejo del Hogar _____ (ej. Limpieza, lavado de ropa, cocina)</p> <p>Juego/Escuela _____ (ej. Destreza en el juego, tareas escolares)</p>	<p>IMPORTANCIA</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>

Anexo II: Medida Canadiense del Rendimiento Ocupacional (COPM) (continuación)

PASO 1 C: Ocio	IMPORTANCIA
Recreación tranquila (ej. Pasatiempos, manualidades, lectura)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Recreación activa (ej. Deportes, paseos, viajes)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Socialización (ej. Visitas, llamadas telefónicas, fiestas, correspondencia)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

PASOS 3 Y 4: CALIFICACIÓN de la EVALUACIÓN INICIAL y la RE-EVALUACIÓN

Confirmar con el cliente los 5 problemas más importantes. Utilizando las tarjetas de calificación, pida que el cliente califique cada problema en las áreas de desempeño y satisfacción, luego calcule las calificaciones. Las calificaciones totales se calculan al sumar las calificaciones de desempeño y satisfacción para todos los problemas y luego dividir el total por el número de problemas. En la re-evaluación, el cliente califica cada problema en ambas áreas nuevamente. Se calculan las nuevas calificaciones y el cambio en la calificación.

EVALUACIÓN INICIAL:			RE-EVALUACIÓN	
PROBLEMA DEL RENDIMIENTO OCUPACIONAL:	Desempeño 1	Satisfacción 1	Desempeño 2	Satisfacción 2
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CALIFICACIÓN:		CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 1	CALIFICACIÓN SATISFACCIÓN 1	CALIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO 2	CALIFICACIÓN SATISFACCIÓN 1
Calificación Total =	$\frac{\text{Calificaciones totales de desempeño}}{\text{número de problemas}}$	$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$	$\frac{\quad}{\quad}$

CAMBIO EN DESEMPEÑO = Calific. Desempeño 2 - Calific. Desempeño 1 =

CAMBIO EN SATISFACCIÓN = Calific. Satisfacción 2 - Calific. Satisfacción 1 =

8.3 Anexo III: Áreas del desempeño ocupacional propuestas por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	DESCANSO Y SUEÑO	EDUCACIÓN	TRABAJO	JUEGO	OCIO o TIEMPO LIBRE	PARTICIPACIÓN SOCIAL
Bañarse, ducharse	Cuidado de los otros	Descansar	Participación en la educación personal informal	Búsqueda y adquisición de empleo	Exploración del juego	Exploración del ocio	Participación en la comunidad
Cuidado del intestino y la vejiga	Cuidado de mascotas	Dormir	Participación en la educación formal	Rendimiento en el trabajo/empleo	Participación en el juego	Participación en ocio	Participación en la familia
Vestirse	Facilitar crianza de los niños	Prepararse para el sueño	Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales	Preparación y ajuste para la jubilación/retiro			Participación con compañeros
Comer	Gestión de la Comunicación	Participación en el sueño		Exploración para el voluntariado			
Alimentación	Movilidad en la comunidad			Participación como voluntario			
Movilidad funcional	Uso de la gestión financiera						
Higiene y arreglo personal	Gestión y mantenimiento de la salud						
Cuidado de los dispositivos de Atención personal	Establecimiento y gestión del hogar						
Actividad sexual	Práctica de la religión						
Aseo e higiene en el inodoro	Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia						
	Compras						

8.4 Anexo IV. Desempeño, satisfacción y sus calificaciones

Ocupaciones	n	(%)	Desempeño							Satisfacción							Calificación del Desempeño							Calificación de la Satisfacción										
			7	8	8					8	9	6					5,14	5,00	4,00						4,63	5,00	5,50							
Aseo personal	3	4,62	7	8	8					8	9	6					5,14	5,00	4,00						4,63	5,00	5,50							
M. Funcional	1	1,54	7							10							5,29								5,00									
Control del peso	1	1,54	1							7							22,00								6,43									
Comer	1	1,54	6							8							5,33								4,13									
Dormir	4	6,15	8	5	6	7				8	10	5	6				4,50	7,40	4,50	4,29					4,63	5,00	5,80	5,83						
Descansar	1	1,54	8							10							4,63								3,90									
Levantarse	1	1,54	3							9							7,33								5,00									
Asistir a UR	8	12,31	7	8	6	6	7	5	5	7	7	10	6	5	6	9	10	7	5,14	4,63	4,50	5,33	4,29	4,40	5,40	5,29	5,29	5,00	4,83	6,60	5,83	5,00	4,80	5,57
Toma de la medicación	2	3,08	8	5						9	10						5,00	5,00							5,00	5,00								
Mantenimiento del hogar	5	7,69	7	10	9	5	3			7	10	8	10	9			5,14	3,70	4,22	5,00	9,00				5,29	5,00	5,13	5,00	5,33					
Comprar	3	4,62	8	7	8					9	10	10					5,00	5,29	3,38						5,00	5,00	4,80							
Cocinar	3	4,62	5	4	5					5	8	10					5,40	9,50	3,80						5,80	5,13	3,80							
Movilidad en la comunidad	1	1,54	5							10							5,40								4,80									
Conducir	1	1,54	8							10							5,00								5,00									
Cuidado otros	3	4,62	8	10	7					10	8	8					5,00	3,80	4,29						5,00	5,13	4,38							
Búsqueda de empleo	2	3,08	7	6						7	7						5,14	6,17							5,29	5,57								
Trabajo familiar	1	1,54	5							10							4,40								4,50									
Estudiar	2	3,08	5	8						6	7						6,40	4,63							5,50	5,57								
Practicar deporte	1	1,54								9							5,00								5,00									
Pasear	3	4,62	5	8	8					6	10	9					5,40	5,00	4,75						4,83	5,00	4,56							
Ver tv	1	1,54	8							10							5,00								5,00									
Viajar	1	1,54	5							7							3,80								5,43									
Relaciones sociales UR	6	9,23	8	5	8	7	5	5		9	7	10	8	10	6		5,00	5,40	5,00	5,43	5,00	6,40			5,00	4,14	5,00	5,13	5,00	5,50				
Socialización	2	3,08	5	6						10	9						5,00	4,50							5,00	5,33								
Participar en la familia	6	9,23	5	7	5	2	8	8		10	8	8	6	10	8		5,00	4,57	6,00	9,50	2,75	4,63			5,00	4,13	4,38	6,33	4,50	4,88				
Comunicación familiar	2	3,08	4	2						7	5						7,50	9,50							5,00	7,60								