

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

PASOS HACIA LA AUTONOMÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

Autora: Beatriz Osa García

Tutor: Carlos Rebolleda Gil

Fecha de lectura: 30 de septiembre del 2019



Agradecimientos:

Quería agradecer en primer lugar al equipo de trabajo del Centro de Día por ayudarme a crecer, tanto profesionalmente como personalmente. Sin su profesionalidad y generosidad no habría sido capaz de sacar este trabajo adelante.

Dar las gracias a la usuaria y a la familia por permitirme mostrar su caso.

Agradecer en especial a Yannick Santa Cruz Feuillias por sus enseñanzas en el curioso arte de usar el Word sin dejarme caer en la desesperación de romper el ordenador. A mi padre y a mi madre, los cuales leían, escuchaban y aconsejaban desde el minuto uno.

Y por último, agradecer a mi tutor Carlos por la rapidez en responder a mis infinitas preguntas, así como la completa seguridad a la hora de aconsejarme y crear de lo que era un simple borrador con muchas carencias a un trabajo del que me siento orgullosa.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid	8
ANÁLISIS DESCRIPTIVO	11
Historia Biográfica.....	11
Evaluación de las áreas de funcionamiento y áreas vitales.....	16
▪ Situación económica y social	16
▪ Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.....	16
▪ Definición y criterios diagnósticos	16
▪ Red Familiar y Social	18
▪ Habilidades de Afrontamiento	19
▪ Formación e historia ocupacional.....	23
▪ Capacidad cognitiva	23
▪ Habilidades de la vida diaria.....	26
▪ Ocio y tiempo libre.....	29
▪ Entorno y vivienda	30
ANÁLISIS FUNCIONAL.....	31
Formulación del caso	38
PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN	40
Tabla de Objetivos	41
Diario de sesiones y resultados observados.....	46
CONCLUSIONES FINALES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS.....	62

RESUMEN

El siguiente trabajo muestra el desarrollo de un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) sobre un caso real en el Centro de Día de Soporte Social de la Comunidad de Madrid en Aranjuez.

Este trabajo gira en torno a una mujer de 54 años residente en Aranjuez cuyo objetivo, como indica el título, es la recuperación de la autonomía que se ha visto reducida a lo largo del tiempo debido a la enfermedad. A través de su historia biográfica se ha podido observar cómo se asumían realidades muy marcadas por el rol de género de ser mujer. Estas asunciones o posibles atributos marcaron en cierta manera su modo de afrontar acontecimientos vitales, que han podido influir en el proceso de la enfermedad que ha vivido.

Por ello, al plantearse la línea de intervención, ha sido necesario hacerlo desde una perspectiva de género que facilite el proceso de rehabilitación. Dicho proceso se ha centrado en la recuperación de la autonomía, siendo ésta la prioridad desde el punto de vista familiar, profesional y de la propia usuaria. Para ello, se propondrán objetivos que faciliten la incorporación a su domicilio, así como la creación de una estructura diaria a través de un Plan Individual de Rehabilitación.

Palabras clave: Recuperación; Autonomía; Soporte; Mujer; Rol; Salud mental.

ABSTRACT

The following paper shows the development of an Individualized Rehabilitation Plan designed for a client from a Social Support Daycare Center in Aranjuez, Madrid.

The subject of this Rehabilitation Plan is a 54-year-old woman that lives in Aranjuez, whose objective is to recover the independence lost as a consequence of the illness she suffered.

Throughout her lifetime gender has been one of the major key elements influencing her disease's development and the coping mechanisms chosen to deal with it. For this reason, it was considered necessary to plan an intervention from a gender perspective to facilitate the rehabilitation process, which has been centred around the recovery of independence, as this is what both, the client, her family and the professionals working with them decided to prioritise.

In order to recover her autonomy, the Rehabilitation Plan will be based on a series of objectives that will aim to help her live independently as well as structuring her day-to-day activities.

Keywords: Recovery; Autonomy; Support; Woman; Role; Mental health.

INTRODUCCIÓN

Vivir con una enfermedad crónica genera en la persona que la padece y su entorno una serie de necesidades entre las que podemos destacar: reconocimiento de síntomas y actuación ante ellos, manejo de los servicios de atención social y médicos, administración de fármacos, conciliar la vida cotidiana con los cuidados que la enfermedad requiere etc.

Estas experiencias de vida unidas a las herramientas que las personas han tenido que ir desarrollando a lo largo de los procesos de enfermedad no han sido foco de atención durante mucho tiempo para los profesionales. Sin embargo, esas vivencias podrían: facilitar la recuperación, mejorar la calidad de vida de estas personas y conformar un enfoque orientado a la recuperación que difiere del enfoque más clínico entendido hasta ahora (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer y Flores, 2010).

Un ejemplo de enfoque menos clínico y más basado en la experiencia de la persona es el Modelo de Recuperación. Este modelo se basa en los conceptos de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la esperanza para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena. Según Shepherd, Boardman y Slade (2008) los principios de la recuperación son:

1. Construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma. Independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
2. Representa un movimiento que se aleja de la patología, enfermedad y síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.
3. La esperanza es vital para la recuperación y la persona la experimenta en la medida que vaya asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen.
4. Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares, pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.

5. Las relaciones de ayuda entre clínicos y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al formato de entrenador o pareja de viaje en el proceso de descubrimiento.
6. Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
7. La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separada de la enfermedad o discapacidad.
8. El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
9. El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, creatividad, cuidados, empatía, realismo y resiliencia (capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc.)
10. La familia y otros allegados son a menudo cruciales para la recuperación y por tanto deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible. Sin embargo, el apoyo entre iguales es central para muchas personas en su proceso de recuperación.

Todo proceso de recuperación sería aconsejable que se abordara bajo una perspectiva de género. Las intervenciones han de tener en cuenta las posibles atribuciones que se han podido ver impuestas tanto en hombres como en mujeres a lo largo del tiempo, influenciando así todo el proceso de mejora y recuperación.

Elsa Gómez (2002) afirma que: *“El género hace referencia a una construcción simbólica mediante la cual ciertas características son atribuidas como pertenecientes a uno u otro sexo, lo que la configura como un eje primario de la formación de la identidad subjetiva y de la vida social que conlleva relaciones de desigualdad debido a la distribución inequitativa (evitable e injusta) de poder y recursos.”*

Dentro de esas funciones atribuidas, encontramos el cuidado familiar, que queda adscrito a las mujeres como parte de un rol de género. Dicha atribución está motivada por un sentimiento de obligación, naturalizado a través del tiempo por parte de las mujeres a la hora de cuidar. Este hecho dificulta la división efectiva de las tareas propias del cuidado y la asignación del/la cuidador/a principal de forma equitativa en cuanto a género (Ruíz Jiménez y Moya Nicolás, 2017).

Como sugiere Pascual (2018) *“El hecho de cumplir los mandatos de género y querer desarrollar una carrera profesional, ese exceso de trabajo, ese querer estar en todas partes, ese necesitar tener todo controlado enferma a las mujeres”*.

Estos modelos sociales han sido percibidos como posibles factores de predisposición en varias usuarias que se atienden en el Centro de Día de Soporte Social en el municipio de Aranjuez, Comunidad de Madrid.

Pero antes, se explicará de forma breve en qué consiste la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Así como las funciones del Centro de Día y otros recursos de dicha red.

Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid existe una Red de Salud Mental que dispone de diferentes recursos con el objetivo de poder atender todas aquellas necesidades de las personas con enfermedad mental. Esta red corresponde a la Consejería de Políticas Sociales y Familia con cerca de 6.700 plazas, ofreciendo atención social gratuita a las personas adultas de entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración derivadas de trastornos mentales severos.

El único canal de acceso a los diferentes centros y servicios de la red pública es por derivación desde los Servicios de Salud Mental de referencia, que atienden a la persona con enfermedad mental.

Los Servicios de Salud Mental incluyen a las personas en un Programa de Continuidad de Cuidados. Su objetivo es ofrecer la oportunidad de lograr la recuperación a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial.

El recurso en el que se va a trabajar con la usuaria corresponde a un Centro de Día de Soporte Social (CD), cuyas características se basan en trabajar con perfiles de personas con grandes dificultades de funcionamiento e integración y, por tanto, mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación.

Estas personas necesitan un apoyo específico y una estructuración diaria para alcanzar un mínimo de autonomía en las mejores condiciones posibles. Cuenta con una plantilla formada por 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 2 educadores, 1 auxiliar administrativo y personal de limpieza. Las jornadas son de lunes a viernes con cobertura de 8:30 a 18:00 horas.

Otro recurso bastante ligado al Centro de Día, por la compatibilidad del uso de forma simultánea, es el de las Mini Residencias (MR).

Las Mini Residencias están dirigidas a personas con Trastorno Mental Grave (TMG) que necesitan un apoyo residencial específico de mayor o menor duración. Este servicio tiene una supervisión de 24 h, debido a la ausencia o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado y/o a los problemas de autonomía y funcionamiento para cubrir sus necesidades de alojamiento.

Este servicio, además de la residencia, ofrece manutención, atención psicosocial y apoyo personal con el fin de mejorar de la autonomía del residente y lograr su integración. En él trabajan 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 13-14 educadores, 1 auxiliar administrativo y personal de limpieza y cocina.

Ambos recursos prestarán servicio a nuestra usuaria en varios momentos. Pero inicialmente, la derivación al Centro de Día fue realizada por el Centro de Salud Mental de Aranjuez, con los siguientes objetivos para trabajar:

1. Vinculación con el recurso.
2. Estructuración semanal con especial atención al ocio y tiempo libre.
3. Habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés.
4. Evaluación de la autonomía en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDs) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVDs), para el abordaje a medio plazo.

Para preservar el anonimato de nuestra usuaria, se hará referencia a su persona mediante el uso de las siglas C.J.L.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Historia Biográfica

C.J.L nació en 1965 en Ocaña (Toledo), trasladándose la familia a Aranjuez (Madrid) un año después.

Su unidad familiar se ha visto conformada por sus padres, una hermana mayor y tres hermanos menores (Carlos, Miguel y Ángel).

En su etapa escolar, acudía con poca frecuencia al colegio, dado que tenía que responsabilizarse, junto con su hermana mayor de los hermanos menores, ya que ambos padres trabajaban fuera de casa. A pesar de esto, C.J.L finaliza sus estudios de Educación General Básica.

Por esta época la usuaria define la relación con su madre como “No entenderla” y de la relación con el padre destaca el consumo de alcohol del mismo.

A los trece años, comienza a trabajar con la madre en un bar como camarera, momento en el que conoce al que cuatro años más tarde sería su marido. Refiere haber tenido un primer contacto con el centro de salud mental con esta edad, sin poder especificar la causa de la consulta.

Con diecisiete años contrajo matrimonio. Esta decisión conllevó conflicto con los padres, dada la implicación que suponía este hecho (“No querer seguir cuidando de mis hermanos”). Finalmente se reconcilió con sus progenitores para poder obtener la autorización para casarse al ser menor de edad.

Al año de casarse tuvo a su primera hija coincidiendo el nacimiento con el fallecimiento de su hermano Ángel por meningitis.

Tras cuidar de su hija y verse capaz de volver a trabajar, lo hizo como limpiadora en una empresa de limpieza a domicilio.

Durante ésta época, C.J.L, que contaba con 18 años, recibió numerosas críticas por parte de su madre y vecinas de la misma. Los contenidos según expresa ella, hacían alusión a verla en contextos mal valorados dentro de su papel familiar como madre: “Verme fuera de casa, por bares etc.”.

La madre en estas situaciones solía expresar su desagrado con comentarios como “No merecerse a su marido”. El sentido atribuido a ello para C.J.L significa no corresponder a “Una mujer de su casa”. No seguir los roles establecidos para la mujer de la época: dedicarse a ser ama de casa y madre, sin posibilidad de tener intereses o gustos fuera de esas competencias.

Con 24 años C.J.L tuvo a su segunda hija. Durante el tiempo que estuvo trabajando de limpiadora, mantuvo una relación extramatrimonial con un compañero de trabajo.

Sobre esta relación, expresa contenidos relativos a sentimientos de culpa, vinculándolo con su trastorno (“Me merezco un castigo” “Quiero morir”, “Luego fui buena”).

En 1992 C.J.L identifica el primer ingreso psiquiátrico, del cual recuerda permanecer durante una semana y media hospitalizada. Comenta mejoría al alta de dicho ingreso, aunque manteniendo a su salida un discurso referente al deseo de muerte. También relata sentimientos de extrañeza por la calle, miradas reprobatorias y sensaciones corporales sin identificar.

Desde entonces ha mantenido síntomas de disociación, sentimientos de extrañeza consigo misma, y desrealización (sentir extrañeza hacia los demás), “Como si estuviera sola”.

Debido a los altos niveles de ansiedad que le producía estar en la calle o en el trabajo, abandono su puesto de limpieza hace cuatro años. La alternativa que manejó para reducir esos niveles de angustia se basaron en reducir las salidas de su hogar permaneciendo tumbada en la cama la mayor parte de la jornada.

Abandonó toda relación con sus compañeras de trabajo, así como con el entorno familiar fuera del núcleo de su domicilio.

Por aquel entonces en su domicilio vivía con su hija mayor y el marido de ésta. Estos referían constantes discusiones con C.J.L por sacarla de la cama y obligarla a asearse, comer o salir a la calle, aunque al hacerlo, era con escasa interacción social.

La explicación que C.J.L otorgaba ante su aislamiento y evitación se debía al miedo que le causaba la gente, pensando que podían hacerla daño, y la ansiedad que esto le provocaba. Es a partir de aquí que el marido acude a los Servicios de Salud Mental para pedir ayuda, siendo derivada al Centro de Día en octubre de 2017.

Su marido era el cuidador principal y el encargado de las tareas del hogar tras la enfermedad de C.J.L. Estos solían compartir rutinas, como el hecho de comer juntos o pasear al perro. A pesar de ello, C.J.L pasaba muchas horas sola en casa, sin ninguna ocupación.

Tras la acogida y el inicio de la evaluación en el centro, el proceso se ve interrumpido debido al inesperado fallecimiento de su marido en diciembre de 2017.

En este momento C.J.L se muda con su hija pequeña, mientras que la hija mayor se traslada a vivir con su pareja a Seseña (Toledo). Se mantiene el contacto telefónico desde el Centro de Día, retomando la evaluación en febrero del 2018.

Tras el fallecimiento, los cuidadores principales pasan a ser su hija pequeña y su marido, los cuales alquilan una casa al lado del domicilio de C.J.L. La estancia en su vivienda se hace insostenible por los altos niveles de ansiedad que le origina la situación. Por ello se traslada a vivir con su hija, yerno y nieta.

Patricia y su marido describen la convivencia con ella como difícil, ya que C.J.L es dependiente en muchas áreas como en el autocuidado básico (la colocación de productos para la incontinencia, aseo personal, alimentación, movilidad etc.)

En agosto de 2018, se tiene conocimiento del segundo embarazo de Patricia. Surgen así nuevas circunstancias a tener en cuenta en el entorno familiar. Es por ello que se plantean alternativas como la vuelta de C.J.L a su domicilio o la solicitud del uso de algún recurso comunitario como las Mini Residencias de la Red de Salud Mental.

Durante los meses siguientes, se observó una mejora en la toma de decisiones y la autonomía de C.J.L.

En diciembre del 2018, C.J.L celebra las navidades con su madre en Leganés, viviendo en su casa durante dos semanas. En este tiempo, la madre mantiene de forma constante un discurso de tristeza respecto a la pérdida del marido de C.J.L. “Que pena que ya no esté contigo”, “Cómo le echo de menos”, “Con lo que él te quería”. Por lo que a su vuelta al recurso y a casa de su hija mostró comportamientos mucho más dependientes. Altos niveles de ansiedad y pensamientos cíclicos sobre ideas de muerte, así como un elevado número de bloqueos que le dificultaban el pensamiento, la expresión oral y el inicio de tareas.

Después de dos semanas, retoma la rutina de CD y la convivencia con su hija, volviendo a tener el nivel de autonomía previo a las navidades.

En febrero sucede la muerte de su hermano Miguel, tras una larga enfermedad (Cáncer). Durante esa semana generó pensamientos de la índole “¿Por qué se va la gente a la que quiero?” “¿Por qué no me voy yo?”, “Mi castigo es sufrir”.

En el mes de marzo del 2019 tuvo un intento autolítico, comentando haberse tomado veinticuatro pastillas, llevándola directamente al hospital donde tras la espera se demostró que era un testimonio falso. Días posteriores se negó a acudir al Centro de Día, aislándose en su domicilio e imposibilitando que las hijas pasaran a su casa. A las dos semanas volvió a acudir al CD sin explicaciones por su parte del origen o la razón de dicho aislamiento.

En intervenciones posteriores no se manifestaron pensamientos autolíticos o intencionalidad de morir. Teniendo un buen funcionamiento tanto en casa de su hija pequeña como en el Centro.

En abril, nace el nieto de C.J.L, hecho que le aporta enorme alegría y orgullo como expresa esos días. A partir del nacimiento C.J.L se mantuvo un mes en la Mini Residencia de Aranjuez por razones de descanso familiar.

Fue un hecho programado con antelación, con un proceso previo de adaptación, presentación de los profesionales y del modo de trabajo y estructura de la Mini Residencia. No lo vivió como una experiencia satisfactoria pero tampoco negativa. Lo aceptó de forma resignada, ya que entendía las circunstancias por la que tenía que estar allí, pero tenía muchos deseos de volver a casa.

A su vuelta al domicilio, C.J.L se mostraba más animada por la responsabilidad de cuidar a su nieto, refiriendo menos peleas con ambas hijas.

A continuación, exponemos una línea temporal de los sucesos más relevantes explorados en la vida de C.J.L.

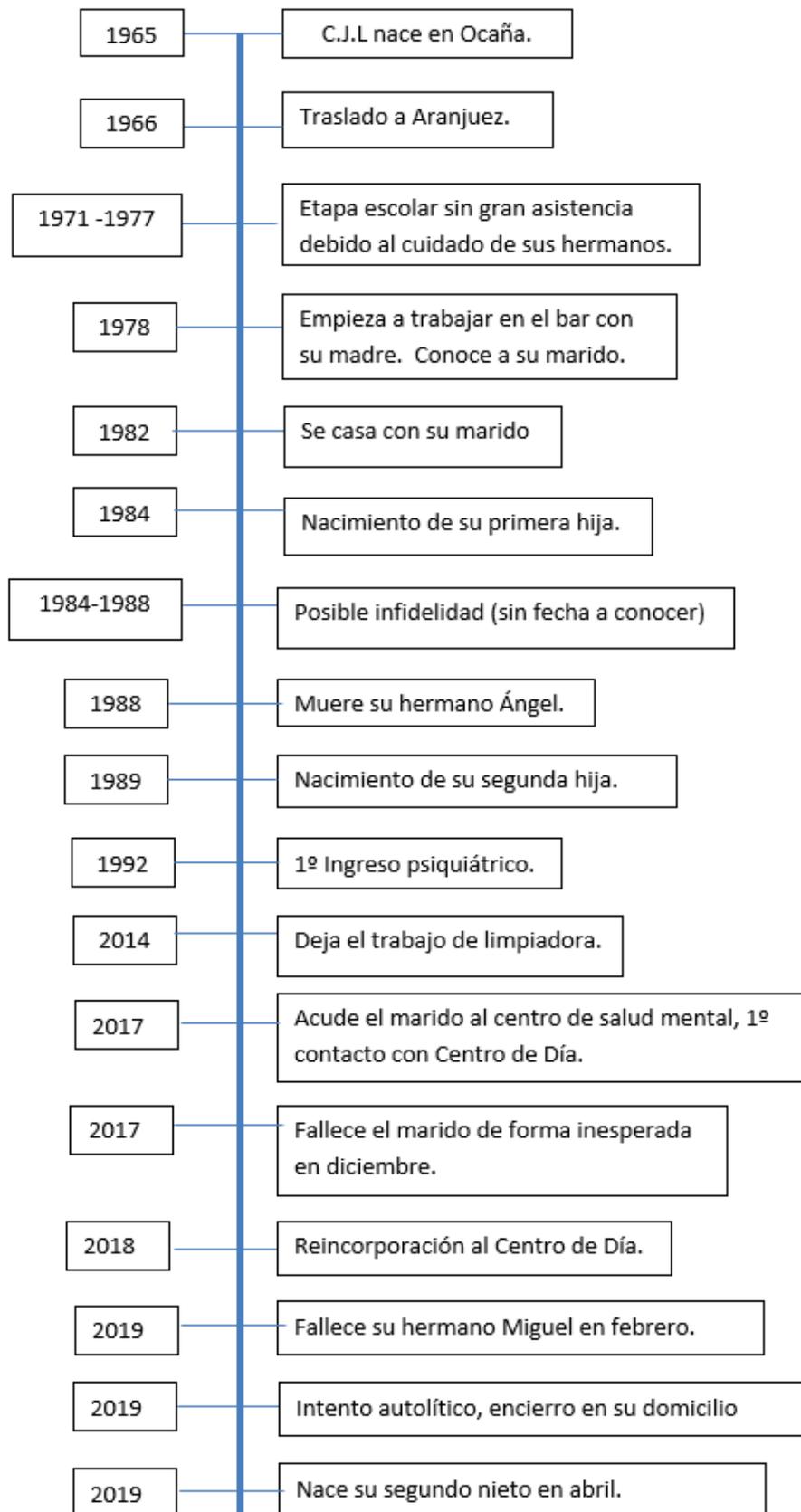


Figura 1. Línea temporal biográfica

Evaluación de las áreas de funcionamiento y áreas vitales

▪ *Situación económica y social*

Actualmente obtiene ingresos de la pensión de viudedad y se ha procedido a la obtención de la discapacidad. No está incapacitada judicialmente. No tiene causas pendientes.

▪ *Aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.*

C.J.L es conocedora de su diagnóstico (Trastorno Depresivo Recurrente), aunque tiene dificultades para poder describir los síntomas que padece. Se limita a comentarios tales como “Estoy triste”, “No me salen las palabras de la boca” y “No sé lo que digo”.

No percibe etapas de mejoría o empeoramiento, siendo la observación externa quien le devuelve esta información. “Los demás son los que me lo dicen, pero yo no lo veo”.

Respecto a la adherencia al tratamiento, no recuerda el nombre de los diferentes fármacos que toma, siendo dependiente de su hija al respecto. Actualmente porta un pastillero, el cual realiza con su hija menor de forma autónoma y parece que con buena adherencia.

Durante las sesiones iniciales de evaluación mostraba síntomas depresivos (ideas de muerte, baja autoestima y comentarios como "Me siento una inútil").

Surgen otros síntomas que aparentan ser de corte psicótico o disociativo (sensación de extrañeza en la calle, sentimientos de engaño por parte de la gente de alrededor, algún episodio de heteroagresividad contra el yerno, extrañeza con las propias sensaciones y del sentido de sí misma etc.) Actualmente no se detecta la presencia de ideas de muerte en el discurso.

▪ *Definición y criterios diagnósticos*

C.J.L mantiene el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor recurrente, el cual se define por el CIE-10 (OMS, 1992) como:

La aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de

episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2.

Pautas para el diagnóstico del trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado (F33.1):

1. Deben satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33) y el episodio actual debe satisfacer las pautas para episodio depresivo moderado (F32.1).
2. Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Los criterios establecidos para el diagnóstico del Trastorno depresivo recurrente por el DMS-V (American Psychiatric Association, 2014) son:

1. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
 - (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

2. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
3. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
4. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
5. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

▪ ***Red Familiar y Social***

Las hijas describen la relación con la madre en el pasado como fría y distante, añadiendo características de su personalidad como ser “mordaz e hiriente” en muchas ocasiones. No consideran que haya sido una madre cariñosa y sólo ahora observan en ella comportamientos más dependientes, pidiendo atención hacia su persona.

En lo referente a relaciones con grupos de iguales en el Centro de Día, se ha podido evaluar el 2018 y el 2019 a través de la adaptación de Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave (Ruiz, Saiz, Montero y Navarro, 2017) (véase Anexo 1).

Esta escala originalmente fue adaptada al castellano por Landeta y Calvete (2002) y más adelante adaptada a población con enfermedad mental (Ruiz et al., 2017).

Se trata de un instrumento de 12 ítems que recoge qué niveles de apoyo social perciben las personas a las que se les administra. Contiene una escala de respuesta de 7 alternativas, en donde el valor 1 significa “Estar totalmente en desacuerdo” y el valor 7 “Estar totalmente de acuerdo”.

El análisis de las propiedades de la escala EMASP nos permite posicionarla como prioritaria para ser aplicada en personas que se encuentran inmersas en procesos de recuperación.

▪ *Habilidades de Afrontamiento*

Habilidades relacionales

Esta área se ha evaluado a través de unos ítems cualitativos a los que se les han otorgado ciertos valores desde el área de psicología del Centro de Día. Dichos ítems sirven como método para evaluar el desarrollo del usuario en el tiempo.

1. Mantiene una Comunicación No Verbal (CNV) adecuada de forma global:
 - Contacto visual (por exceso o defecto).
 - Distancia corporal (por exceso o defecto).
 - Volumen del discurso (por exceso o defecto).
 - Fluidez del discurso (por exceso o defecto).
 - Expresión facial, si es inexistente en la mayoría del tiempo de la interacción o desajustada, si no corresponde con el contexto en la mayoría de las ocasiones.
2. Expresa su opinión sobre un tema dado de forma asertiva.
3. Inicia/mantiene la conversación durante el tiempo de interacción, es decir, no se queda callada cuando habla con otra persona.
4. Suele realizar peticiones a los demás cuando lo necesita, es decir, expresa de forma contextualizada sus necesidades.
5. Acepta las críticas de otros, es decir, reconoce fallos propios cuando otros se lo pueden señalar) y sabe realizar críticas.

6. Suele llegar a acuerdos en situaciones de discusión o conflicto con otras personas, es decir, tiene capacidad para resolver una situación conflictiva con otra persona.

Para establecer unos criterios de puntuación, seguiremos las siguientes pautas:

- Se dará un punto por cada ítem. En el ítem 1, en el caso de que haya una dificultad que prime por encima del resto, se puntuará negativamente el ítem completo.
- Se valorará la posible interferencia de la deseabilidad social, puntuando como “No cumple” en el ítem más adaptado.
- Se valorarán las puntuaciones medias con un 0’5 definiendo un “A veces” “A medias”.
- Por último, para obtener la puntuación global se realizará una regla de tres.

Tras evaluar las habilidades relacionales de C.J.L bajo estos criterios, se detecta que expresa dificultades significativas en esta área, siendo una de las principales carencias percibidas en sí misma.

La usuaria alude a su dificultad en expresarse como el origen del miedo a permanecer con otras personas, bajo la idea de que no la comprenderían, mostrando pasividad ante la aceptación de críticas. De manera consecuente, asocia limitaciones para iniciar, mantener y finalizar conversaciones, solicitar peticiones, expresar opiniones y resolver situaciones de discusión o conflicto.

Durante las sesiones de evaluación, el estilo relacional presentado por parte de C.J.L se basaba en la búsqueda de la activación emocional de protección o cuidado en la otra persona (postura corporal inhibida y rígida, expresión gestual y tono acordes con mensajes de ansiedad que tienen la finalidad de que el interlocutor le apacigüe). El discurso mantenido tenía un tono ansiógeno, priorizando el contenido de dicha ansiedad al tema de conversación que se trataba.

También se evaluó a través del Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2005). Dicho cuestionario se basa en la teoría del apego (Bowlby, 1969) donde se postula que el tipo de vínculo afectivo que establece una persona, es la expresión de los

modelos mentales de relación formados, como consecuencia de experiencias vividas, principalmente en la infancia.

El Cuestionario de Apego Adulto está formado por 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, siendo ‘1’ completamente en desacuerdo y ‘6’ completamente de acuerdo (véase Anexo 2). La puntuación se comprobará con la siguiente tabla para clasificar el tipo de apego:

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	ALEJADO
Escala 1: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	MUY ALTO 52	ALTO 49.15	MUY BAJO 28.94	BAJO/MOD. 35.73
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	MUY ALTO 44.73	MODERADO 28.17	BAJO 22.34	MODERADO 32.70
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	BAJO 35.51	MOD./ALTO 40.40	ALTO 44.13	BAJO/MOD. 38.29
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	MOD./ALTO 18.41	MODERADO 17.97	BAJO 13.99	ALTO 18.73
Casos	70 (15,73%)	116 (26,07%)	127 (28,54%)	132 (29,66%)

Tabla 1: Tipologías de apego adulto en función del análisis de cuatro conglomerados

Se obtiene una puntuación muy baja en relación a la escala que define un estilo de apego seguro (escala 3: expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones), puntuando de manera muy elevada en la escala 1, relacionada con un estilo de apego inseguro preocupado (baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo), moderada/alta en un estilo de apego inseguro evitativo (autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad) y moderada en la escala 2 relacionada con un estilo de apego inseguro ambivalente (Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad). A forma de conclusión, C.J.L se vincula de manera insegura con los demás, de forma que compromete el grado de confianza y apoyo que puede percibir en los otros. Lo cual influencia en la propia autoestima y autopercepción de capacidades propias.

Manejo emocional

Se muestran estados de ansiedad y depresión. Los estados ansiosos son producidos por los síntomas de disociación ya explicados anteriormente. Despersonalización, (sentimientos de extrañeza consigo misma) y desrealización (sentir extrañeza hacia los

demás), “Como si estuviera sola”, “No creer lo que dicen”. El manejo de este malestar se limita a permanecer tumbada en la cama, aunque no obtiene resultados positivos.

Se evidencia este estado en C.J.L en la evaluación inicial, al mostrar una respiración entrecortada y verse comprometido el discurso debido a esta dificultad. Cuando se intentan hacer ejercicios de relajación, le llevan a un estado de bloqueo, aumentándole posteriormente su estado de ansiedad.

Estos estados aparecen, por ejemplo, a la hora de utilizar el transporte público sintiéndose juzgada por los demás viajeros “Crean que estoy loca” “Me miran mal”. También tiene lugar en la asistencia a las citas médicas, razón por la cual demanda siempre el acompañamiento de sus hijas.

Los estados depresivos, aparecen como resultado de un sentimiento de soledad y ante la falta de ocupación; no obstante, dicha soledad puede estar asociada a los síntomas disociativos anteriormente mencionados.

Presenta ideación autolítica aunque no intencionalidad ya que la genera miedo llevarlo a cabo.

Autoestima

A través de entrevistas semiestructuradas y la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg M, 1965). Se valora la imagen que C.J.L tiene sobre sí misma.

La escala de autoestima de Rosenberg consta de diez ítems. Cada uno de ellos es una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La mitad de las frases están formuladas de forma positiva, mientras que las otras cinco hacen referencia a opiniones negativas (véase Anexo 3)

Para interpretar los resultados, seguiremos las siguientes pautas:

- De los ítems 1 al 5, las respuestas de la ‘A’ a la ‘D’ se puntúan de 4 a 1.
- De los ítems del 6 al 10, las respuestas de la ‘A’ a la ‘D’ se puntúan de 1 a 4.
- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Los resultados de C.J.L nos dan una puntuación de 21 puntos, reafirmando una autoimagen negativa detectada en su discurso. Además, la usuaria diferencia dos valoraciones a partir del ingreso psiquiátrico. Valoraciones como “Normal, feliz, haciendo mis cosas, fuerte pero tonta” es como se define a sí misma en el tiempo anterior a dicho ingreso. En la actualidad se considera “Inútil”, expresando la pérdida de lo que era su personalidad.

▪ ***Formación e historia ocupacional***

C.J.L recuerda haber asistido al colegio en su infancia, sin embargo, faltaba mucho a clase debido a que era la encargada de cuidar de sus hermanos. De todo este periodo señala su gusto por las Matemáticas, aunque no la Lengua (“no se hablar con las personas”). Acudió hasta los 13 años, momento en el que se hizo novia de su marido, ubicando en tal momento el comienzo de su vida laboral.

Le hubiera gustado acudir de forma completa a la escuela, así como a una formación profesional más adelante. No obstante, el deseo de abandonar el domicilio familiar e irse con su pareja era prioritario. Desde entonces ha sido empleada de un bar junto a su madre, y más tarde cuando se casó comenzó a trabajar en limpieza de domicilios. En adelante tuvo a su hija mayor, por lo que las prioridades cambiaron enfocándose en el sustento familiar. Se mantuvo trabajando de ello hasta hace tres años, debido a la necesidad de permanecer en casa.

▪ ***Capacidad cognitiva***

De la totalidad de las citas de evaluación se destaca una verbalización recurrente respecto a no saber contestar a lo que se le está solicitando, preguntar dónde se encuentra o quién es la profesional que tiene delante. Sin embargo, estas quejas no se vinculan a dificultades cognitivas, sino a una interferencia de su psicopatología en el funcionamiento cotidiano y a una autovaloración de capacidades muy baja (ej. no saber cocinar, no saber qué decir, no acordarse de la mayoría de las cosas), incongruente con el funcionamiento básico observado a través de citas y participación en actividades.

Las pruebas a realizar para evaluar las funciones ejecutivas y la memoria fueron el Trail Making Test de Reitan (1992) (véase Anexo 4) y el Cuestionario Autoaplicado de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (Sunderland et al., 1983) (véase Anexo 5).

Trail Making Test

El Trail Making Test de evalúa dificultades en distintas áreas, como son la memoria de trabajo, la flexibilidad mental, velocidad visual y atención sostenida.

La prueba consta de dos partes, A y B:

- En la parte A, el sujeto debe conectar círculos numerados y distribuidos al azar sobre la hoja, según el orden numérico correcto (1, 2, 3, 4, etc.). De esta parte se obtiene información sobre atención sostenida y velocidad de coordinación ojo-mano.
- En la segunda parte (parte B), además de círculos con números, se agregan círculos con letras y la tarea consiste en unir con líneas de modo alternado números y letras, estas últimas en orden alfabético. Aquí se evalúa con mayor precisión la habilidad de alternar dos conjuntos de estímulos cognitivos y la flexibilidad mental ya que el sujeto debe inhibir una tarea automática (la secuencia de cifras) que había ya practicado en la parte A, para alternar con una secuencia de letras (parte B).

Los valores normativos para adultos de 18 a 60 años en la parte A están en torno a los 25 a 27 segundos sin errores. Un error en esta parte puede ser un indicador de alguna falla en la atención (Fernández, Marino y Alderete, 2002)

La parte B está en torno a 58-90 segundos sin errores. Varios errores en esta parte también pueden ser determinantes. Los errores pueden ser “perseverativos”, por ejemplo, que no pueda mantener la alternancia de número, letra número (1-a-2-b) sino (1-a-2-3-4). Errores “no perseverativos” cuando aun manteniendo la alternancia confunde el orden alfabético o numérico. Es necesario previamente asegurarse de que la persona conoce el orden numérico y alfabético.

Al realizar la prueba con C.J.L se observa la alternancia de momentos en los que realiza el mismo a una velocidad óptima, con otros en los que verbaliza no saber hacer el

ejercicio (pese a estar realizándolo de manera correcta), solicitando ayuda de la profesional que aplica la prueba y aumentando así el tiempo de ejecución. La parte A es ejecutada en 1'33'' y la B en 5'27''.

Con ello concluimos que parece tener alguna dificultad para la planificación, y un enlentecimiento en el procesamiento de respuesta. Esto puede deberse a la falta de estímulos y comunicación, así como ejecución de tareas planificadas a falta de una rutina y ocupación estructurada.

Cuestionario Autoaplicado de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana

El Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (*Memory Failures of Everyday, MFE*) fue desarrollado por Sunderland, Harris y Baddeley (1983) y tenía 35 ítems. Posteriormente (Sunderland et al., 1984) elaboró otra versión de 28 ítems, que es el más utilizado en la actualidad. Fue adaptado para población española por García-Martínez y Sánchez-Cánovas (1993).

Dicho cuestionario evalúa los olvidos cotidianos y el funcionamiento global de la memoria. Trata de detectar los tipos de fallos de memoria más frecuentes, así como comprobar los déficits cognitivos más relevantes clínicamente (Sunderland et al., 1984). Permiten también valorar los problemas de memoria debidos a trastornos afectivos, ya que en estos las quejas aumentan muy por encima del déficit y estos cuestionarios son listas de quejas. Son útiles, además, como autorregistro de los problemas de memoria.

En el artículo presentado por Montejo et al. (2014) sobre el análisis de los factores en la población española, destacan la depresión como el factor que más se ha relacionado con las quejas, tanto en adultos jóvenes como en mayores de 65 años.

Teniendo estos factores en cuenta, y con unas puntuaciones de 42/60, refiriendo en el 50% de los ítems dificultades muy frecuentes para el recuerdo de los mismos concluimos que no se observa un deterioro cognitivo grave. Estas puntuaciones pueden deberse, además de los fallos de memoria, a la baja percepción que C.J.L se otorga a sí misma de sus capacidades. Se intuye por conversaciones con la usuaria y la observación

de su funcionamiento general (tanto en el domicilio como en el Centro de Día), que dichos resultados no corresponden en su totalidad.

▪ ***Habilidades de la vida diaria***

Rutina

A través de una evaluación de hábitos y satisfacción a su entrada en el recurso (noviembre del 2017) conocemos la rutina diaria que mantenía C.J.L por aquel entonces (véase Anexo 6).

Se levantaba sobre las 10 horas, llamada por su marido. A veces se despertaba sola por el ruido, aunque esperaba tumbada a que acudiese su pareja, el cual le preparaba el desayuno y, a veces, le permitía acostarse al finalizarlo. Permanecía en el sofá la mayor parte del tiempo hasta la hora de la comida. Tras ésta, recogía la mesa y se echaba la siesta hasta las 17 horas, momento en el que el marido llegaba del trabajo y bajaban juntos a pasear al perro. La tarde la pasaba tumbada en el sofá viendo una telenovela, aunque sin prestar atención, siendo frecuente el quedarse dormida. Sobre las 19:30 horas, C.J.L cenaba sola ya que su marido volvía al trabajo y su hija marchaba al gimnasio.

Para evaluar los cambios en el desempeño cotidiano, se utilizó la escala de Habilidades básicas de la vida diaria, conocida como BELS (Basic Everyday Living Skills) (Jiménez et al., 2000).

Este cuestionario ha sido diseñado para evaluar los cambios en el desempeño de las habilidades de la vida diaria en personas que sufren una enfermedad mental de larga duración. Se compone de 26 preguntas, cada una de las cuales describe un comportamiento concreto (véase Anexo 7).

Cada pregunta se divide en dos escalas:

- a) Una escala de tres partes sobre el grado de oportunidad para la realización de actividades de forma independiente clasificado por:
 - Total oportunidad de independencia: 2
 - Alguna oportunidad de independencia: 1
 - Ninguna oportunidad de independencia: 0

- b) Una escala de cinco partes sobre el nivel real de realización de cada actividad de la vida diaria.
- c) Las puntuaciones para el desempeño actual son las siguientes:
- Nivel normal de realización: 4
 - Problemas menores que no afectan a la independencia: 3
 - Problema moderado o necesidad ocasional de una sugerencia: 2
 - Problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia: 1
 - No realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria: 0
 - Desconocido: 9

Las puntuaciones resultantes mostraron que C.J.L tiene en la escala de oportunidad un 2, siendo la máxima nota, por lo que el entorno no le limita el realizar dichas actividades.

Respecto al desempeño realizado, en el área de Autocuidado debuta con un 3, suponiéndose que los problemas en torno a la falta de higiene no afectan a la limitación de la autonomía. Sin embargo, en las áreas de Habilidades Domésticas y Habilidades Comunitarias, puntúa con un 2, lo cual indica ciertas necesidades que le podrían interferir a la hora de obtener o mantener su independencia.

Actualmente, las mañanas las ocupa en el Centro de Día mientras que, por las tardes, saca al perro y ve la televisión en casa de su hija menor. No se llega a obtener más información al respecto o referente a su rutina previa al inicio de la enfermedad, debido a las dificultades de acceso a la información.

Actividades básicas de la vida diaria

A su entrada en el recurso refería ducharse sola (frotar y enjuagar el cuerpo) con una frecuencia de un día a la semana, aunque con quejas respecto al cansancio en las piernas y brazos al realizarlo. Requería apoyo por parte de su marido para la entrada en la ducha, así como a la hora del lavado del cabello y los pies debido a la dificultad en su movilidad. Explorando las razones de que el número de duchas o cambios de ropa fuera tan escaso, argumentó que a veces le daba miedo meterse en la ducha sola, por si se caía y les causaba más problemas a sus hijas. A parte de lo comentado, no realiza un aseo complementario.

Presenta episodios de incontinencia urinaria nocturna, para la cual usa a diario prendas adecuadas para ello. Desde la entrada al recurso se han dado en el centro dos episodios de incontinencia fecal, separados varios meses en el tiempo. De manera recurrente ocurría en casa y en otros contextos externos como la peluquería o el médico, con una frecuencia aproximada de una vez por semana.

La prenda de higiene íntima era colocada por su hija, aunque era ella quien se lo quitaba. Una de sus hijas refería inicialmente vincular los episodios de incontinencia fecal a momentos en los que no quería hacer algo o acudir a algún sitio, aunque en paralelo expresaba la dificultad de su madre para controlar los esfínteres durante mucho tiempo. En la actualidad no se han vuelto a dar episodios de incontinencia.

Durante la evaluación se percibió una fuerza disminuida en ambas manos, así como la presencia de limitación en la movilidad articular en hombros con presencia de dolor. También ha hecho alguna queja de dolor de riñones cuando permanece mucho tiempo de pie. Este hecho provocaba la necesidad de ayuda para el cambio de prendas como camisetas, jerseys y calcetines debido a la dificultad articular. El cambio de ropa interior lo lleva a cabo con una frecuencia diaria y la exterior en días alternos.

Tras dicha evaluación y su participación en actividades de estiramientos, actualmente lo realiza adecuadamente.

En cuanto a otros ítems de higiene personal, dice utilizar desodorante a diario y se observan en ella unas uñas poco cuidadas en cuanto al largo de las mismas y la suciedad en ellas.

Refiere no lavarse los dientes, ni utilizar enjuague bucal al apenas tener piezas dentales, por ello evita alimentos de difícil masticación.

Al pedirle que valore el cuidado que hace de sí misma admite que antes lo realizaba con mayor frecuencia ya que a parte del trabajo, lo hacía por su marido. La falta de maquillaje lo relaciona directamente con la ausencia de su marido. “A mi marido le gustaba que me pintase un poco”.

Se han dado ocasiones en las que, tras días sin asearse, las hijas hacían presión para que se duchase. Finalmente lo realizaba ante la aparición del marido de su hija menor. Esto ha ocurrido en referencia a otras tareas como sacar el perro, comer, cambiarse de ropa etc. El hecho de la realización de tareas ante la presencia del yerno nos da a entender

que quizás una figura masculina es más autoritaria para ella, así como lo era la de su marido.

Respecto al sueño, no parece tener actualmente dificultad en la conciliación del sueño. Se duerme con la televisión encendida, estando programada para su autoapagado.

En cuanto a su alimentación mantiene una dieta pobre en fruta y verdura, realizada en 3 comidas. Ocasionalmente ingiere comida rápida y por las noches suele cenar ligero. En la cena, realizada a las 19.30 horas únicamente cogía algún yogur, flan o queso. Actualmente, algunas veces se prepara ella el desayuno.

El manejo de la medicación y las citas médicas son gestionados por su hija menor. Siéndole mencionada la toma diaria de la medicación, y requiriendo de acompañamiento a todas las citas médicas.

Actividades instrumentales de la vida diaria

C.J.L comenta intentar hacer su cama a diario y recoger un poco su habitación, aunque expresaba cansarse mucho al realizarlas. No participaba en ninguna otra tarea doméstica. No es independiente en el transporte público al sentir ansiedad ante la posibilidad de que le pase algo o que le estén juzgando como ya se ha comentado anteriormente.

Ocurre lo mismo respecto a la realización de compras (salvo el tabaco en el estanco)

Respecto a la cocina, pese a que en el pasado (hace 3 años) era ella quien se encargaba de cocinar en casa, son sus hijas las que han cocinado para ella desde el inicio de su enfermedad.

La gestión económica era realizada previamente por su marido, pasando a ser, en la actualidad, administrada por las hijas.

▪ ***Ocio y tiempo libre***

En el pasado escuchaba cadenas de música española en la radio, hecho que actualmente no hace debido a la desmotivación que suele referir durante el día. Solía pasear con su marido y sus hijas por el pueblo de Aranjuez y sus jardines. Dicha actividad dejó de realizarla al crecer las hijas, así como por los horarios de trabajo del marido.

De vez en cuando quedaba con amigas de la infancia, así como con compañeras del trabajo de limpieza que realizaba anteriormente para tomar algo en una cafetería.

Como momento vacacional, cada año se iba toda la unidad familiar a las zonas costeras de la Comunidad Valenciana, donde alquilaban un apartamento.

Desde que nacieron sus hijas, C.J.L realizaba punto de cruz, pero tras la primera depresión que ella recuerda, no volvió a coser, siendo una actividad que considera de importancia en su pasado.

Actualmente la única actividad mantenida consiste en ver una telenovela todas las tardes.

▪ *Entorno y vivienda*

A su entrada al recurso, residía en su vivienda con su hija mayor y la pareja de ésta. Tras el fallecimiento del marido de C.J.L. se muda a vivir con su hija menor, conviviendo además con su nieta y yerno en una casa situada en la planta baja de un edificio con dos patios.

La casa de C.J.L se encuentra en un tercer piso sin ascensor que dispone de tres dormitorios, una terraza interna en uno de ellos, baño pequeño, cocina amplia y un salón. La cocina está dotada de lavadora, microondas, vitrocerámica, nevera, lavaplatos y arcón congelador. Recuerda cómo usar la mayoría de los electrodomésticos, salvo la lavadora. Actualmente no cuentan con calentador de agua ni calefacción.

Cuenta con un pequeño baño, con plato de ducha sin asideros de apoyo para la salida o entrada. Al lado de este se encuentra el dormitorio principal, que consta de una cama estrecha (80cm), una televisión programada para apagarse y una cómoda donde guarda la ropa. Por otro lado, los dormitorios de sus hijas están casi bloqueados por la acumulación de cajas con ropa, juguetes, objetos de su marido, fotografías etc.

En definitiva, el aspecto general de la casa es de desorden, sin muchos puntos de luz, todas las fotografías retiradas, así como los objetos decorativos de la casa. Se observan varios muebles rotos, así como escombros a lo largo de la estancia.

ANÁLISIS FUNCIONAL

A continuación, se realizará un análisis funcional representado en las siguientes tablas, donde se tratará de analizar, identificar y explicar los síntomas y dificultades asociados al trastorno, así como las competencias y los contextos sociales que rodean a C.J.L.

El objetivo de este análisis reside en el diseño de intervenciones que conduzcan al mejor funcionamiento psicosocial de la usuaria.

Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Área problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de Mantenimiento	Factores de Protección
<p>Antecedentes psiquiátricos.</p> <p>Sintomatología negativa (Anhedonia, tristeza, falta de energía, ideas de muerte en el pasado, etc.)</p>	<p>Cuando la familia confronta a C.J.L o se le niega algo de forma rotunda.</p> <p>Cuando percibe que su familia no le atiende o presta atención suficiente.</p>	<p>Área salud</p>	<p>Encerrarse en casa durante días, sin permitir el contacto,</p>	<p><u>Refuerzo positivo:</u> Con dicha conducta, la respuesta es que la familia le preste una mayor atención, llamadas telefónicas en mayor número, visitas al domicilio.</p> <p><u>Refuerzo negativo:</u> Reducción de ansiedad ante el “abandono” que sufre cuando no se le presta atención. Se permite que no venga al CD, permanecer en cama, no ducharse etc.</p>	<p>- <u>A corto plazo:</u> Aumenta la atención y el cuidado otorgado por la familia.</p> <p>- <u>A largo plazo:</u> Si la atención que le prestan a C.J.L. no es considerada como suficiente, ésta puede proceder a intentos autolíticos con fármacos.</p> <p>Puede llevar a conflictos ante la incompatibilidad del cuidado de la familia y de C.J.L. mostrándose</p>	<p>Es una de las pocas maneras de relacionarse conocida para hacer exigencia de ese cuidado o atención.</p>	<p>Hay constante comunicación con la familia.</p> <p>No parece haber un deseo real de muerte.</p>

Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Área problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de Mantenimiento	Factores de Protección
<p>El castigo autoimpuesto como método de redención ante comportamientos considerados “inadecuados” dentro del entorno familiar (Relación extramatrimonial)</p> <p>Conceptos de imagen personal dependientes de la aprobación masculina (“Me maquillaba por que le gustaba a mi marido”) No considera hacerlo por sí</p>	<p>Ausencia de ocupaciones o rutinas diaria que estructuren y que exijan ciertos autocuidados.</p> <p>Ausencia de intereses y ocio autónomo.</p> <p>Pérdida del objetivo o motivo por el que lo realizaba anteriormente (su marido y el cuidado de sus hijas que se han independizado)</p>	<p>Área salud (autocuidado)</p>	<p>-Falta de higiene bucal.</p> <p>-Carencia de higiene corporal (ducha y lavado de pelo)</p> <p>-Uso de ropa en condiciones inadecuadas (Sucias o rotas)</p> <p>-Hábitos alimenticios limitados debido a la</p>	<p><u>Refuerzos negativos:</u> Limitar pensamientos negativos (si me ducho sola, como soy torpe me voy a caer y voy a ser una carga más para mis hijas. Voy a quemarme cocinando y va a ser peor)</p> <p>Reducción de ansiedad ante tareas o responsabilidades en las que no se encuentra con la confianza</p>	<p>una alta emoción expresada.</p> <p><u>-A corto plazo:</u> Problemas de salud como son la Alitosis y gengivitis. Aumento del estigma, disminución de la autoestima y percepción personal que tiene.</p> <p>Aumento de peso y colesterol, así como de la dificultad respiratoria ante actividades de baja exigencia.</p>	<p>Miedo al cambio.</p> <p>A mayor autonomía, C.J.L piensa que obtendrá menos atención de las hijas por lo que mantiene dicho patrón conductual.</p>	<p>Al vivir con sus hijas mantiene una mínima adecuación en comida e higiene.</p> <p>Dispone de presupuesto para cubrir esta área sin problemas.</p>

<p>misma. Hecho que la madre reforzaba.</p> <p>Sintomatología negativa: ideas inapropiadas sobre la imagen que proyecta a los demás.</p> <p>Baja autoestima y motivación para el cambio.</p> <p>Percepciones culturales sobre higiene personal (ducharse 2 veces a la semana)</p>	<p>Fallecimiento de familiares, cuya muerte asume con culpa (¿Por qué no me ha llevado a mí si soy mala?)</p>		<p>dependencia en la realización de las comidas y cenas.</p> <p>- Frecuentes mentiras en relación al consumo de tabaco (fuma a escondidas)</p>	<p>suficiente para poder hacerlo sola (se me ha olvidado hacerlo).</p> <p>Evita tener que ser responsable de tareas, por lo que siempre habría alguien detrás de ella disminuyendo los sentimientos de soledad. Aquí incluimos la cocina, cambio de ropa, lavadora etc.</p>	<p><u>-A largo plazo:</u> Pérdida de más piezas dentales, lo cual dificulta la alimentación.</p> <p>Rechazo por parte de la gente de su entorno y rechazo social ante la imagen personal que muestra (desarreglada, mal olor).</p> <p>Dependencia a la hora de las comidas lo que puede conllevar a usos de recursos comunitarios como Mini residencias.</p>		
--	---	--	--	---	--	--	--

Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Área problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de Mantenimiento	Factores de Protección
<p>Pensamientos recurrentes de prejuicio hacia su persona.</p> <p>Pensamientos de extrañeza hacia otras personas y hacia sí misma “Creen que estoy loca” “Me miran mal”.</p> <p>Pensamientos de miedo “Me va a pasar algo” y de inutilidad “ no se hacerlo”, “voy a empeorar las cosas”.</p>	<p>Aumento de pensamientos de prejuicio en el medio de transporte y en la calle generalizándolo al comercio.</p>	<p>Autonomía</p>	<p>Incapacidad percibida por la usuaria a la hora de realizar cualquier actividad o ABVDS, AIVDs sin la presencia de una persona (Profesional o familia)</p>	<p><u>Refuerzo positivo:</u> A mayor dependencia que muestre C.J.L, mayor atención se le ofrece.</p> <p><u>Refuerzo negativo:</u> Sentimiento de tranquilidad ante la presencia de alguien, lo cual reduce su miedo y ansiedad ante no saber qué hacer si se encuentra sola.</p>	<p><u>Corto plazo:</u> Evita la ansiedad ante la exposición (subir al autobus sola, realizar una compra pequeña)</p> <p><u>Largo plazo:</u> Aumento del miedo percibido al no acostumbrarse a realizar actividades por sí misma, como viajar en transporte</p>	<p>La no exposición reduce su ansiedad.</p> <p>Miedo a perder la atención ofrecida por las hijas.</p> <p>Rol principal de enferma.</p>	<p>Mantiene el domicilio del matrimonio (no depende de las hijas), por lo que se puede realizar intervenciones de forma consentida.</p> <p>Se observa buena predisposición al proceso de rehabilitación .</p>

					<p>público, ir a comprar o ir a una cita con el médico.</p> <p>Creación de climas hostiles con alta emoción expresada en el ámbito familiar.</p>		
Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Área problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de Mantenimiento	Factores de Protección
<p>Previas conductas de aislamiento.</p> <p>Sintomatología negativa: ausencia de gesticulación afectiva, retardo psicomotor.</p> <p>Personalidad no muy sociable ni expresiva de forma previa a la enfermedad.</p>	<p>Aislamiento de su red social fuera de lo enteramente familiar.</p>	<p>Dificultad en mantener y/o crear relaciones interpersonales.</p>	<p>Dificultad en la comunicación (poca expresividad, tono bajo)</p> <p>Comenta sentir bloqueos al hablar “No me salen las palabras”</p>	<p>Refuerzo negativo: Evita situaciones que le resultan ansiógenas.</p>	<p><u>-A corto plazo:</u> Disminuye la ansiedad ante la falta de exposición.</p> <p><u>-A largo plazo:</u> Aislamiento social ya que el entorno ofrece resistencias ante el peculiar tono de hablar y la dificultad para mantener</p>	<p>Aislamiento social y reducido número de personas de apoyo.</p>	<p>Buena vinculación con los profesionales en el Centro de Día.</p> <p>Aumento de personas de apoyo percibidas dentro del Centro de Día.</p>

					conversaciones		
--	--	--	--	--	----------------	--	--

Formulación del caso

Hipótesis de origen.

Las conductas problema que presenta C.J.L. (aislamiento en su domicilio e intentos autolíticos, dependencia de la presencia del profesional, dificultades en las relaciones interpersonales y un autocuidado inadecuado) podrían explicarse por una elevada sintomatología negativa, baja autoestima, carencia de un modelado afectivo adecuado de la madre (la cual siempre ha sido muy directiva con C.J.L. exigiendo que se adecuase a las conductas asociadas al rol de mujer estipulado por la madre, como cuidadora desde su infancia y más adelante un rol basado en la sumisión y la dependencia del marido, contentarle a él, y así cumplir con las “obligaciones” de una ama de casa y esposa).

La constante confrontación de lo que se le impone, a sus propios deseos ha podido generar una fractura en lo que respecta a cómo se identifica C.J.L. quién es y cuál es su lugar.

Esto, junto a una relación extramatrimonial (que rompe completamente con lo “esperado” según el rol de mujer instaurado por su madre) ha podido ser motivo para desestabilizar su modo de entender las relaciones interpersonales, abandonando la autonomía que poseía y dejándose llevar hacia esa dependencia como modo de redención ante los sentimientos de culpa propios y las críticas recibidas por la parte familiar.

A partir de entonces se muestra un patrón de comportamiento pasivo y ausente de metas vitales, lo que lleva a la pérdida de gratificaciones cotidianas. Junto a ello, surgen los pensamientos referenciales “La gente cree que estoy loca” “Me miran mal”. Esto le genera miedo y ansiedad, lo cual fue un aliciente más para justificar el aislamiento. La pérdida de la autonomía en lo referente a ABVDs, y AIVDs, facilita la dependencia ante su familia a través de discursos de miedo “No puedo hacerlo sola”, “Me puedo caer”, “Se me ha olvidado”.

Hipótesis de mantenimiento

Las dificultades en las relaciones interpersonales y el aislamiento social pueden achacarse a varios hechos. Se parte de unas características previas donde ella se describe como una persona poco locuaz y expresiva incluso con sus hijas y compañeras del trabajo.

Estas características pueden incrementarse al aparecer ideas de prejuicio hacia la gente de la calle, al pensar que quieren hacerla daño. Es por ello que aumenta la introspección y mantiene un comportamiento evitativo, lo cual conlleva a un aumento del aislamiento social.

En cuanto a la dependencia en las ABVDs y AIVDs su mantenimiento podría explicarse ante el miedo a la pérdida de atención referida por las hijas y la falta de herramientas para manejar esos miedos de formas más adecuadas.

PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN

La intervención está centrada en proporcionar a C.J.L una estructura diaria que le permita ser más autónoma y trabajar la motivación. Otorgar un espacio a la familia y abordar las distintas áreas problema desde el Centro de Día, a través de programas y citas individuales en su entorno y en su domicilio. Por ello se proponen los siguientes objetivos y las acciones a llevar a cabo por el equipo de trabajo.

Tabla de Objetivos

OBJETIVOS	ÁREAS	ACCIONES	INDICADORES	LOGRO
Que C.J.L mantenga una rutina diaria estructurada a través de los espacios que le ofrece el Centro de Día.	Rutina	Actividades de Lunes a Viernes. Planteamiento a la usuaria y familia de comer en el centro y ampliación de horario por las tardes en el Centro de Día. Tutorías individualizadas.	Asistencia a las actividades acordadas. Valoración cuantitativa y/o cualitativa de las actividades en las que participa. Puntuaciones EASP.	SI NO
Que pueda reducir los niveles de ansiedad asociados al entorno (autonomía en desplazamientos) y a sí misma (extrañeza consigo misma).	Ansiedad y Autonomía	Intervenciones individuales con Psicóloga: <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento y exposición en trayecto al CD. - Focalización a estímulos del entorno para reducir atención a los estímulos internos, entrenamiento en respiración. - Desarrollo de significados asociados a sí misma conectados con experiencias pasadas y presentes. - Contacto con la familia para ir adaptando pautas. 	Acudir al CD de manera autónoma o con mínimos apoyos (p.ej: realizar el recorrido en autobús y la compra de forma independiente) Cambios cualitativos en técnica de escalamiento ascendente. Reducción escala 1 C. Apego Adulto (“Baja autoestima”).	SI NO

Que pueda desarrollar habilidades de interacción con otras personas más ajustadas (iniciativa, mantenimiento de interacción y mejora de la comunicación no verbal)	Habilidades Sociales	Cambios de significados asociados a sí misma, ejercicios de modelado en talleres (Taller de debate).	Aumento en los valores otorgados en habilidades relacionales. Puntuación media global de indicadores por encima de 0,5 en Debate. Puntuación media en “Relación ajustada con compañeros” por encima del 50%. Aumento puntuación Escala 3 C de la escala de Apego adulto. Aumento red social (nº integrantes fuera de su familia).	SI NO
Que C.J.L aumente su autonomía en actividades básicas (aseo y cuidado personal) e instrumentales de la vida diaria (cuidado básico de sus espacios).	Rutina	Trabajar con la agenda y el móvil como medios para establecer horarios de tareas.	Anotaciones de los talleres y el resto de las actividades de forma autónoma y sin recordatorios por los profesionales (citas médicas, tareas en el hogar, pastillero etc.)	SI NO
	Higiene personal	Explorar los conceptos que tenga sobre la autoimagen y la higiene personal para poder establecer alternativas, llevando a la	1.- Observar los cambios de ropa y disminución olor corporal. 2.- Realización tareas o	SI NO

		práctica cambios de ropa cada día y mejora de la higiene.	responsabilidades acordadas sin necesidad de recordatorios o pautas por parte del profesional. (Que no supere dos pautas semanales respecto a la higiene) 3.-Observación del pelo limpio y contrastar información con la familia. 4.-Enjuagarse la boca después de las comidas (recordatorios con alarma del móvil) 5.-Ducha tres veces a la semana.	
	Alimentación	Preparación de las cenas semanales por las tardes en el centro (con retirada progresiva del profesional)	Realizar las cenas de forma autónoma y sin supervisión.	SI NO
	Autonomía	1.- Realización de compras de alimentos para la cena. 2.-Pasear al perro. 3.- Hacer la cama y ordenar su espacio personal.	1.- Comprar que va sola a comprar después del trabajo previo con la psicóloga. 2 y 3.- Observación y contraste de la información.	SI NO

		4.- Dormir en su casa (no en la de la hija) de forma autónoma con el perro.	4.- Que pueda subir sola a casa sin necesidad de que le acompañe el yerno.	
Que C.J.L participe en una actividad significativa.	Ocio	Búsqueda de intereses y elección de actividad (hacer punto).	Asistencia e implicación en actividad de su elección.	SI NO
Acercamiento a la MR ante la posible derivación durante el periodo de un mes debido a descanso familiar por el nacimiento del nieto de C.J.L.	Rutina	Presentaciones del recurso, así como de los profesionales semanas previas al ingreso. Favorecer la adaptación al recurso a través del apoyo de varios usuarios que acudían a ambos centros (Proponer actividades comunes del CD con usuarios de la MR)	Asistencia al Centro de Día mientras se mantenga en la MR. Coordinaciones con los profesionales de la MR para conocer la evolución de C.J.L. Citas individuales con C.J.L para explorar la vivencia del cambio.	SI NO

Se establecerán distintos períodos que estarán sujetos a la evolución de C.J.L. y a la disponibilidad de los profesionales para la realización de las distintas intervenciones. Aunque la temporalización general es de 12 meses:

- En primer lugar, a corto plazo (primer trimestre), se evaluará si el equipo multidisciplinar ha conseguido crear junto a C.J.L una rutina estructurada.
- A medio plazo (segundo y tercer trimestre) se evaluará si ha habido mejoras en relación a la autonomía, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Y, por último, a largo plazo (cuarto trimestre en adelante), se evaluará la adherencia del usuario a alguna actividad de su agrado, potenciando con ello la mejora de las habilidades sociales.

A continuación, se mostrará la resolución de los objetivos a lo largo del año.

Diario de sesiones y resultados observados.

OBJETIVO	RESULTADOS	LOGRO
<p>Que C.J.L mantenga una rutina diaria estructurada a través de los espacios que le ofrece el Centro de Día.</p>	<p>Se ha podido observar un gran aumento de actividades en el centro desde su entrada, incrementándose de 6 a 14 actividades semanales donde se ha incluido la comida como facilitador familiar. Con ello se mejora el trabajo individual tanto con C.J.L en el Centro de Día como en su domicilio. Todo ello se ha conseguido con la motivación de C.J.L por aumentar esos espacios desocupados.</p> <p>Tanto el año pasado como éste no se ha podido evaluar mediante cuestionarios, salvo la última etapa correspondiente a octubre del 2018 y enero del 2019 a través de la Evaluación Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Ruiz, Saiz, Montero y Navarro, 2017).</p>	<p>Sí, se mantiene</p>

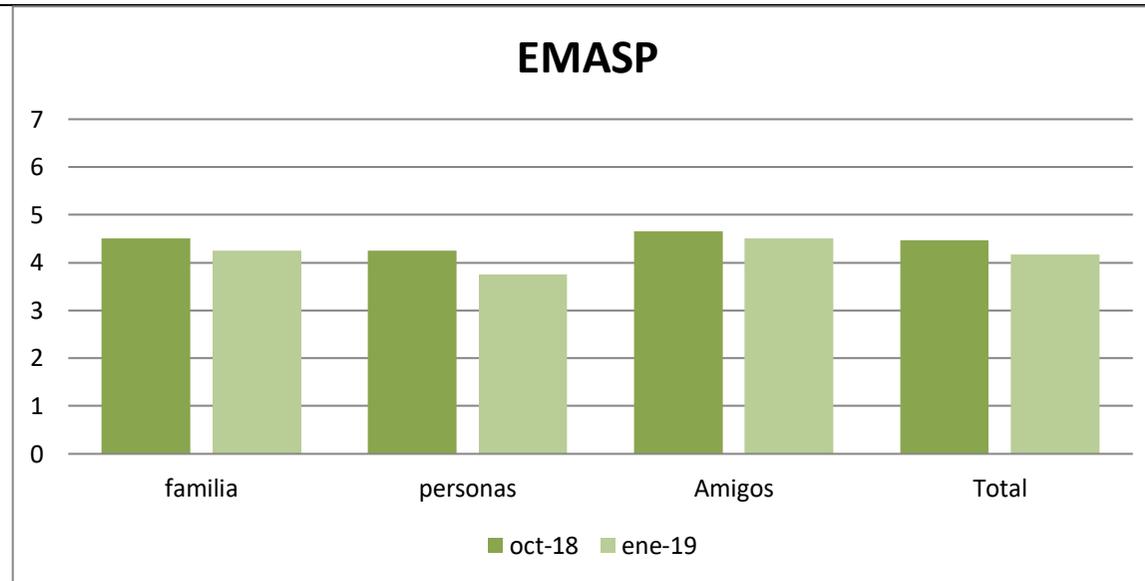


Figura 2: Mapa EMASP

Como se puede observar las puntuaciones no son bajas, pero se denota un pequeño descenso después de las navidades y el motivo es que emite la puntuación mínima a los siguientes ítems: *Hay una persona especial con la que yo puedo compartir penas y alegrías y Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.*

Analizando los resultados ofrecidos por C.J.L en los dos años de asistencia al Centro, parece haber incrementado el número de personas que considera de apoyo, aumentado de nueve personas a catorce, incluyendo usuarias del Centro de Día y profesionales del recurso.

	<p>Reaparecen también amigas de la infancia y del último trabajo de limpieza. Destaca entre ellas a una amiga, la cual llama a C.J.L regularmente e intenta reunirse con ella. C.J.L no acepta estas salidas, excusándose al no poder expresarse como le gustaría, así como tener dificultades de comprensión.</p> <p>El objetivo estaría alcanzado ya que ha conseguido mantener una estructura facilitada por el Centro de Día por la mañana y esto ha traído como consecuencia aumentar su red social.</p> <p>Se considera que es necesario mantener dicho objetivo en el tiempo.</p>									
<p>Que pueda reducir los niveles de ansiedad asociados al entorno (autonomía en desplazamientos) y a sí misma (extrañeza consigo misma).</p>	<p>La evolución ha sido positiva. En primer lugar, la intervención llevada a cabo para reducir su ansiedad en los desplazamientos (concretamente para acudir de manera autónoma al CD) se realizó estableciendo una jerarquía de situaciones que contemplaban de menor a mayor grado de intensidad la ansiedad a cada ítem, entrenamiento en ejercicios de respiración, uso de autoinstrucciones y exposición en vivo gradual.</p> <table border="1" data-bbox="667 954 1899 1305"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 954 1294 992">JERARQUÍA INICIAL</th> <th data-bbox="1294 954 1899 992">JERARQUÍA ADAPTADA*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 992 1294 1114">1. Acudir de casa hasta el Centro de Día (CD) sola.</td> <td data-bbox="1294 992 1899 1114">Acudir de casa hasta el Centro sola</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1114 1294 1235">2. Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial.</td> <td data-bbox="1294 1114 1899 1235">Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial más cercana al CD.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1235 1294 1305">3. Acudir desde casa hacia la parada del autobús sola</td> <td data-bbox="1294 1235 1899 1305">Acudir haciendo trayecto del autobús sola</td> </tr> </tbody> </table>	JERARQUÍA INICIAL	JERARQUÍA ADAPTADA*	1. Acudir de casa hasta el Centro de Día (CD) sola.	Acudir de casa hasta el Centro sola	2. Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial.	Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial más cercana al CD.	3. Acudir desde casa hacia la parada del autobús sola	Acudir haciendo trayecto del autobús sola	<p>Sí, se mantiene.</p>
JERARQUÍA INICIAL	JERARQUÍA ADAPTADA*									
1. Acudir de casa hasta el Centro de Día (CD) sola.	Acudir de casa hasta el Centro sola									
2. Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial.	Acudir desde casa hasta la parada del Centro comercial más cercana al CD.									
3. Acudir desde casa hacia la parada del autobús sola	Acudir haciendo trayecto del autobús sola									

4.	Acudir haciendo trayecto del autobús sola	Acudir haciendo trayecto del autobús acompañada
5.	Acudir desde la parada del Centro comercial al CD sola	Acudir desde casa hacia la parada del autobús sola
6.	Acudir desde contenedores (esquina del CD) sola	Acudir desde la parada del Centro comercial al Centro sola
7.	Acudir haciendo trayecto del autobús acompañada	Acudir desde la parada del Centro comercial al Centro acompañada
8.	Acudir desde la parada del Centro comercial al CD acompañada	Acudir desde contenedores (esquina del Centro) sola
9.	Acudir desde contenedores (esquina del CD) acompañada	Acudir desde contenedores (esquina del Centro) acompañada
10.	Entrar sola al Centro desde la puerta exterior	Entrar sola al Centro desde la puerta exterior

Tabla 2: Jerarquización en proceso de entrenamiento y exposición.

*Posteriormente se reajusta la jerarquía ante las propias necesidades mostradas por C.J.L, siendo el ítem 3 (Acudir desde casa hacia la parada del autobús sola) de la jerarquía original con menor ansiedad, así como el ítem 7 (Acudir haciendo trayecto del autobús acompañada) de la jerarquía original con mayor ansiedad que el ítem 5 (Acudir desde la parada del Centro Comercial al Centro sola).

De forma paralela, la realización de entrenamientos no establecidos en otras situaciones (p.ej:

	<p>sacar a su mascota) favorecieron una generalización a otros contextos.</p> <p>Por otra parte, relativo a la ansiedad asociada a la percepción de extrañeza a sí misma, comenzó a disminuir de manera transversal a través de los talleres establecidos (p.ej: Mímate: Taller dedicado al autocuidado y a fomentar las redes sociales), así como en el discurso en diferentes intervenciones. Si bien el hecho de dar un feedback de la imagen externa repercutía negativamente en su ansiedad (no reconocerse a sí misma a través de dicha devolución de otros). En los últimos meses del pasado año permitía el reconocimiento de avances y de anticipar otros posibles en otros aspectos con apoyo, al ser incluso demanda de ella (p.ej: cocinar).</p> <p>No obstante, ante la celebración de las festividades navideñas en el domicilio de su madre, a su reincorporación, C.J.L presentaba:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conductas de cierta regresión, en cuanto a sensación de extrañeza hacia sí misma.- Presencia de comentarios que aparentan sintomatología disociativa (“mi marido viene a verme”)- Ideación relativa a deseo de morir.- Nuevos componentes cognitivos fóbicos “No me acuerdo de la cara de mi marido”. <p>Si bien continúa acudiendo de manera autónoma al recurso. Por todo ello el objetivo se considera alcanzado, aunque debido a las circunstancias señaladas, se hace necesario mantener el referido a ansiedad generalizada inclusive a la propia identidad.</p>	
--	---	--

<p>Que pueda desarrollar habilidades de interacción más ajustadas (iniciativa, mantenimiento de interacción, ajuste de comunicación no verbal).</p>	<p>A través del Grupo de Debate, se ha visto cómo las puntuaciones de C.J.L mejoraron considerablemente respecto al año anterior. Mejorando el cumplimiento del indicador de “Relación ajustada con compañeros” de un 25% del año anterior a un 90% hasta la fecha.</p> <p>En los periodos que C.J.L ha permanecido con su madre, como la Navidad, se ha observado un gran retroceso al patrón inicial de comportamiento descrito en los primeros meses.</p> <p>El objetivo ha ido teniendo una progresión positiva, habiéndose cumplido en buena medida durante los últimos meses; no obstante, tras el retroceso mostrado a su vuelta de las navidades, se considera necesario continuar manteniéndole.</p>	<p>Sí, se mantiene</p>
<p>Que C.J.L. aumente su autonomía en actividades básicas (aseo y cuidado personal) e instrumentales de la vida diaria (cuidado básico de sus espacios).</p>	<p><u>Rutina:</u> Se ha trabajado a través del taller de agenda y en citas individuales la organización de las tareas tanto en el centro como en su domicilio. Se han observado olvidos continuos respecto a las citas médicas y a las tareas a realizar, por lo que se considera óptimo mantener esta área del objetivo.</p> <p><u>Higiene:</u> A través de entrevistas refiere no tener motivación por ducharse o a arreglarse por no tener nada que hacer ni por quien hacerlo. Se trabaja junto a la psicóloga el autoconcepto y la autoestima. Este mismo concepto lo ha trabajado la educadora a través del programa Mímate, donde C.J.L tiene un espacio distendido de autocuidado, con refuerzos positivos de los compañeros y de los profesionales.</p> <p>A lo largo del taller, se ha observado un aumento en la frecuencia de duchas y cambios de ropa, así como disminución del olor corporal y una higiene capilar mayor. Estas mejoras se ven</p>	<p>Sí, se mantiene</p>

	<p>alteradas en los periodos que pasa tiempo con su madre (Navidad) espaciando la frecuencia de ducha, observándose una imagen “desaliñada” sin cambio de ropa.</p> <p><u>Alimentación:</u> El objetivo en principio se centró en la realización de menús semanales de cenas que realizase en el Centro de Día para llevárselo a casa.</p> <p>Empezó de forma supervisada, hasta el momento actual en el cual realiza todas las cenas de forma autónoma y en su domicilio. Se considera que se ha mejorado notablemente la alimentación, pero se valora el mantenimiento ya que se ha observado que en su domicilio es autónoma en la cocina, pero variar los platos.</p> <p><u>Autonomía:</u> Se ha realizado un entrenamiento de compra autónoma con la siguiente secuenciación:</p> <p>1º Compra acompañada en el Centro de Día. El profesional observa y da pequeñas indicaciones. Se observan dificultades en el cambio de dinero (siempre lleva billetes, por lo que surge la duda de si sabe manejar monedas)</p> <p>2º Compra acompañada en supermercado de su barrio. No se dan indicaciones, simplemente se la acompaña.</p> <p>3º Compra autónoma. La terapeuta se queda en la puerta del supermercado.</p> <p>4º Compra autónoma. La terapeuta se queda en un punto acordado del centro comercial, alejada del supermercado.</p>	
--	--	--

	<p>5° Compra autónoma sin acompañamiento.</p> <p>El entrenamiento ha sido exitoso, aunque C.J.L prefiera ir con alguien por si se equivoca, se le refuerza el saber y tener la capacidad de hacerlo.</p> <p>Su dependencia hacia los profesionales refleja las conductas con sus hijas de forma diaria. Se considera alcanzado sin necesidad de dar continuidad.</p> <p>Otros objetivos a conseguir dentro del trabajo en la autonomía corresponden a:</p> <p><u>Pasear al perro:</u> Lo realiza sin dificultad alguna, pero se plantea un aumento de la frecuencia de paseos.</p> <p><u>Hacer su cama, ordenar su espacio personal y dormir en su casa:</u> Conseguido. Actualmente solo pasa las tardes en el domicilio de su hija. Desayuna y cena en su casa, preparando la cena y limpiando los espacios como son la cocina, el baño, el comedor y su habitación.</p> <p>Debido a causas económicas, no han podido cambiar el calentador de su casa por lo que no puede ducharse en su domicilio. Se considera conseguido y se mantiene el objetivo con variaciones como la habitación de su domicilio para seguir trabajando las AIVDs.</p>	
<p>Que C.J.L participe en una actividad significativa.</p>	<p>A través del programa de mujeres, C.J.L ha retomado la actividad de hacer punto. Dicha actividad, considerada como ocio la ubica temporalmente cuando sus hijas eran pequeñas, momentos “felices” para ella.</p> <p>Se muestra satisfecha con el espacio que tiene para realizarlo, expresando sentimientos de añoranza y disfrute a través de conversaciones informales tanto en esos espacios grupales como</p>	<p>Sí, se mantiene</p>

	<p>individuales. En dicho taller se ha podido observar un incremento de las relaciones con el resto de usuarias.</p> <p>Aunque no son consideradas como amigas, cuando hay ausencia de estas suele mostrarse interesada.</p>	
<p>Acercamiento a la MR ante posible derivación durante el periodo de un mes debido a descanso familiar por el nacimiento del nieto de C.J.L</p>	<p>En el mes de abril, nació el segundo hijo de Patricia, planteándose desde el Centro de Salud Mental el uso de un recurso como es la Mini Residencia (MR) con el objetivo de ayudar a los cuidadores principales a la adaptación de la nueva situación familiar.</p> <p>Cuando se le propuso dicho cambio a C.J.L, se mostró comprensiva, aceptando y ocupando la plaza a razón de descanso familiar durante un periodo de un mes.</p> <p>Se observó una buena vinculación entre C.J.L y los profesionales de MR, lo cual facilitó mucho el proceso de adaptación.</p> <p>Junto a esto, dos usuarios comunes del CD favorecieron su estancia en la Mini Residencia, ayudándole en las tareas del recurso, así como en las salidas (compras o actividades en el entorno del CD), en las cuales se proporcionaban compañía.</p> <p>Desde la MR se trabajaron objetivos muy ligados a la autonomía en el domicilio, centrándose en lo referente al autocuidado (duchas, lavado de ropa y cambio diario). Desde el Centro de día se ofreció el apoyo que se necesitase, cuadrando las rutinas y la estructura diaria a la nueva situación de la MR a través de las coordinaciones.</p> <p>Por último, no se vio limitada la asistencia del Centro de Día en relación con la permanencia en</p>	<p>Sí, no se mantiene.</p>

	<p>el centro residencial.</p> <p>Por todo ello, el objetivo se considera conseguido sin necesidad de mantenimiento, ya que la estancia era temporal.</p>	
--	--	--

CONCLUSIONES FINALES

Como se ha podido observar a lo largo del trabajo, el objetivo en todo momento ha sido la obtención y/o recuperación de la autonomía.

La autonomía puede verse alterada o influenciada por diferentes causas, como son los procesos propios de la enfermedad, situaciones traumáticas (fallecimientos de seres queridos) o cambios de situaciones vitales, como es la bienvenida de un nuevo miembro a la familia. Todo depende del significado que la persona da a la autonomía. En este caso se ha podido explorar como ésta tenía una consideración negativa para la persona, basándose en la pérdida de la atención por parte de la familia, así como del incremento del sentimiento de soledad.

Por ello era necesario trabajar sobre los principios de la recuperación, como es el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separada de la enfermedad o discapacidad (Shepherd et al., 2008). Dentro de este sentido de identidad personal, era necesario trabajar aquellos aspectos que estaban ligados a los roles de género. Aquellas ideas basadas en anteponer las necesidades del resto de las personas a las propias (rol de cuidadora que ha tenido que ejercer C.J.L), así como la imagen personal, directamente ligada a la presencia de su marido en lo referente al autocuidado.

En todo el proceso de recuperación, se ha tenido en cuenta a la familia y otros allegados que son a menudo cruciales. Sin embargo, se ha comprobado que el apoyo mutuo entre personas con experiencias similares ha sido clave para poder conectar con esa toma de consciencia y ese “querer hacer” a través del acompañamiento y apoyo continuo del Grupo de Mujeres instaurado en el Centro de Día.

Este grupo de trabajo, ha hecho replantearse la necesidad de una mejora en la atención primaria, o la creación de redes o recursos específicos de mujeres, las cuales mantienen una prevalencia de problemas de salud mental mayor (24,6%) respecto a los hombres (14,7%) especificado en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 (2018).

En la última Encuesta Nacional de Salud de 2012, detalla que la gravedad de los síntomas depresivos fue mayor en mujeres, personas mayores de 65 años y las

pertenecientes a clases sociales por ocupación más desfavorecidas (con niveles educativos básicos e inferiores, por actividad económica) y por orden descendente de prevalencia, afecta a personas con discapacidad, personas que realizan labores del hogar, jubilados/prejubilados y desempleados.

La siguiente tabla resume los principales indicadores de salud para la población de la Comunidad de Madrid, por sexo, para el último año disponible.

Trastornos mentales. Comunidad de Madrid				
	Hombres	Mujeres	Total	Año
Número de Muertes	688	1.416	2.104	2017
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	22,1	41,7	32,3	2017
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	1,3	0,4	0,8	2017
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	12,8	12,9	13,0	2017
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	235,8	231,8	233,7	2017
Contribución a la esperanza de vida, en años (2012-2017)	-0,099	-0,176	-0,136	2017
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	81.982	113.633	195.615	2017
Años de Vida Perdidos	6.678	8.409	15.087	2017
Años Vividos con Discapacidad	75.304	105.224	180.528	2017

Tabla 3. Principales indicadores de salud para la población de la Comunidad de Madrid

En esta tabla podemos comprobar cómo los años vividos con discapacidad y muertes en mujeres es notablemente superior al de los hombres. Por ello y con lo anteriormente expuesto, consideramos necesario un apoyo o estrategia específica en el trabajo con mujeres con TMG.

Para intentar reducir el elevado número de años vividos con discapacidad y de fallecimientos, sería necesario un aumento de profesionales en la atención primaria. Esta tabla muestra la ratio de profesionales por 100.000 habitantes correspondientes a los recursos humanos de atención ambulatoria y hospitalización parcial (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día) en los años 2000, 2008 y 2016.

	2000	2008	2016
Médicos Especialistas en Psiquiatría	4,30	5,46	5,21
Psicólogos Clínicos	2,70	3,10	3,00
Enfermeras	1,93	2,07	1,88
Trabajadores Sociales	1,14	1,32	1,12
Terapeutas Ocupacionales	0,32	0,45	0,40
Auxiliares de Enfermería	0,68	0,61	0,33
Monitores de terapia ocupacional	0,15	0,22	0,26
Administrativos	1,44	1,83	1,77
TOTAL	12,67	15,07	13,99

Tabla 4. Ratio de profesionales de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día del Servicio Madrileño

Si el ratio de profesionales fuese superior a las cifras expuestas, quizás sería posible un mayor seguimiento de los casos (citas más continuadas en el tiempo), y podrían evitarse los ingresos psiquiátricos como primer uso de los recursos de Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-V. 5a edición. Madrid (España): Editorial Médica panamericana.
- Bowlby, J. (1998) El apego. Tomo 1 de la trilogía “El apego y la pérdida”. Barcelona, Paidós.
- Fernández AL, Marino JC, Alderete AM. Estandarización y validez conceptual del test del trazo en una muestra de adultos argentinos. *Revista de Neurología Argentina*. 2002, (27), p.83-8.
- García-Martínez, J. y Sánchez-Cánovas, J. (1994) Adaptación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MFE). *Boletín de Psicología*, (43),p 89-107. Recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N43-4.pdf>
- Gómez EG. (2002) Equidad, género y salud: retos para la acción1. *Rev Panam Salud Pública*, (11), p.455-461.
- Jiménez, J., Torres, F., Laviana, M., Luna, J., Trieman, N., Richard, C. (2000) Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del “Basic Everyday Living Skills” (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*,(28), p. 284-288.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Revista de Ansiedad y Estrés*, (8), p. 173-182.
- Melero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, (19), p.1.
- Montejo, P., Montenegro, M., Sueiro-Abad, MJ. y Huertas, E. (2014) Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE). Análisis de factores con población española. *Anales de psicología*, (30).p.1.
- Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud. (2019). Recuperado de: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacion.aspx?ID=17>

- Servicio Madrileño de Salud (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Madrid (España): Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2008) Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10. Washington: *Organización Panamericana de la Salud*.
- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Palomer, E., Izquierdo., Leahy, E., Masferrer, C. y Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (30), p.1. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100006
- Pascual, P. (2018) Enfermedad mental: El género importa, pero se pasa por alto. *CTXT*. Recuperado de: <https://ctxt.es/es/20180530/Politica/19902/Cristina-Vallejo-enfermedades-mentales-sociedad-genero-biologia.htm>
- Reitan, R.M. (1992). Trail Making Test: Manual for administration and scoring. Tucson, AZ: Reitan Neuropsychology Laboratory.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: *Princeton University Press*.
- Ruiz, I., y Moya, M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería global: revista electrónica trimestral de enfermería*, (49), p.1. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00420.pdf>
- Ruiz, MT., Saiz, J., Montero, MT., y Navarro, D. (2017) Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (37), p. 415-437.

- Shepherd, G., Boardman, J., Y Slade, M. (2008), Hacer de la recuperación una realidad, Londres, Reino Unido, *Sainsbury Centre for Mental Health*.
- Sunderland, A., Harris, J.E, Baddeley, A. D. (1983): Do laboratory tests predicted everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, (22), p. 341-357.
- Sunderland, A., Harris, J.E., Baddeley, A. D. (1984): Assessing everyday memory after severe head injury. London: *Academic Press*. En *J.E.Harris y P.E.Morris (Eds.)*
- Vázquez, A.J., Jiménez, R., y Vázquez, R. (2004) Escala de autoestima de Rosenberg. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, (22), p. 247-255.

ANEXOS

ANEXO 1.- ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL

PERCIBIDO (Ruiz et al., 2017)

Nombre:
Unidad/Centro:

Fecha:
Nº Expediente

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en Desacuerdo	Bastante en Desacuerdo	Más Bien en Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más Bien de Acuerdo	Bastante de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en un situación difícil	1	2	3	4	5	6	7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1	2	3	4	5	6	7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1	2	3	4	5	6	7
8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1	2	3	4	5	6	7
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	6	7

**CORRECCIÓN ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL
PERCIBIDO**

$$\mathbf{EMASP_Familia = (EMASP3 + EMASP4 + EMASP8 + EMASP11) / .}$$

$$\text{EMASP_Familia} = (\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____}) / = \text{_____}.$$

$$\mathbf{EMASP_Personas = (EMASP1 + EMASP2 + EMASP5 + EMASP10) / .}$$

$$\text{EMASP_Amigos} = (\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____}) / = \text{_____}.$$

$$\mathbf{EMASP_Amigos = (EMASP6 + EMASP7 + EMASP9 + EMASP12) / .}$$

$$\text{EMASP_Personas} = (\text{_____} + \text{_____} + \text{_____} + \text{_____}) / = \text{_____}.$$

$$\mathbf{EMASP_Total = (EMASP_Familia + EASP_Amigos + EASP_Personas) / .}$$

$$\text{EMASP_Total} = (\text{_____} + \text{_____} + \text{_____}) / = \text{_____}.$$

ANEXO 2.- CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO (Melero y Cantero, 2008)

R. Melero, M.ª J. Cantero

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M.J., 2005)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones.

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones						1 2 3 4 5 6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón						1 2 3 4 5 6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño.....						1 2 3 4 5 6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"						1 2 3 4 5 6
5. Necesito compartir mis sentimientos						1 2 3 4 5 6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones						1 2 3 4 5 6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad.....						1 2 3 4 5 6
8. No suelo estar a la altura de los demás						1 2 3 4 5 6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos						1 2 3 4 5 6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella						1 2 3 4 5 6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales						1 2 3 4 5 6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello ..						1 2 3 4 5 6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones						1 2 3 4 5 6
14. Tengo sentimientos de inferioridad						1 2 3 4 5 6
15. Valoro mi independencia por encima de todo						1 2 3 4 5 6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales.....						1 2 3 4 5 6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable						1 2 3 4 5 6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás.....						1 2 3 4 5 6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme						1 2 3 4 5 6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista.....						1 2 3 4 5 6

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
21. Tengo confianza en mí mismo						1 2 3 4 5 6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía.....						1 2 3 4 5 6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás						1 2 3 4 5 6
24. Soy rencoroso						1 2 3 4 5 6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas						1 2 3 4 5 6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí.....						1 2 3 4 5 6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo						1 2 3 4 5 6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia						1 2 3 4 5 6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse						1 2 3 4 5 6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo.....						1 2 3 4 5 6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho.....						1 2 3 4 5 6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza						1 2 3 4 5 6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a						1 2 3 4 5 6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas.....						1 2 3 4 5 6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales.....						1 2 3 4 5 6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas						1 2 3 4 5 6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo						1 2 3 4 5 6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer						1 2 3 4 5 6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente						1 2 3 4 5 6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones.....						1 2 3 4 5 6

ANEXO 3.- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (Rosenberg M, 1965).

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

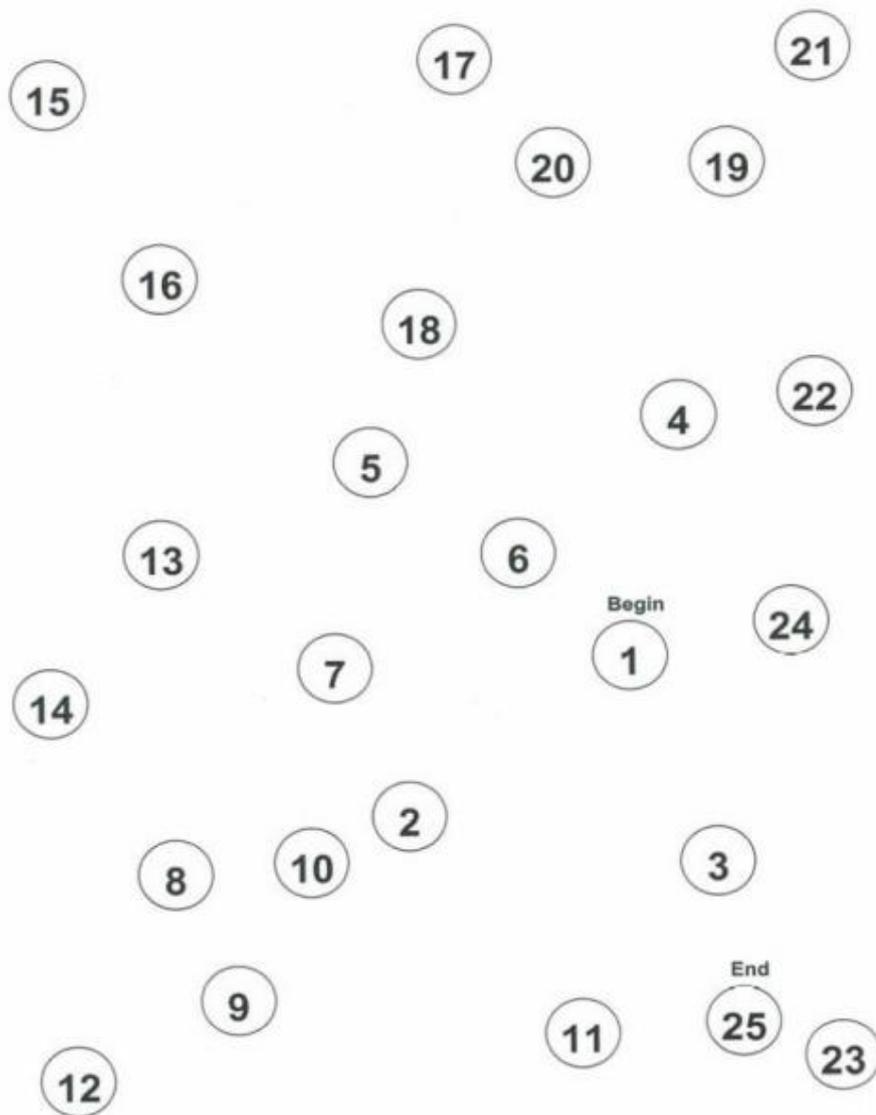
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

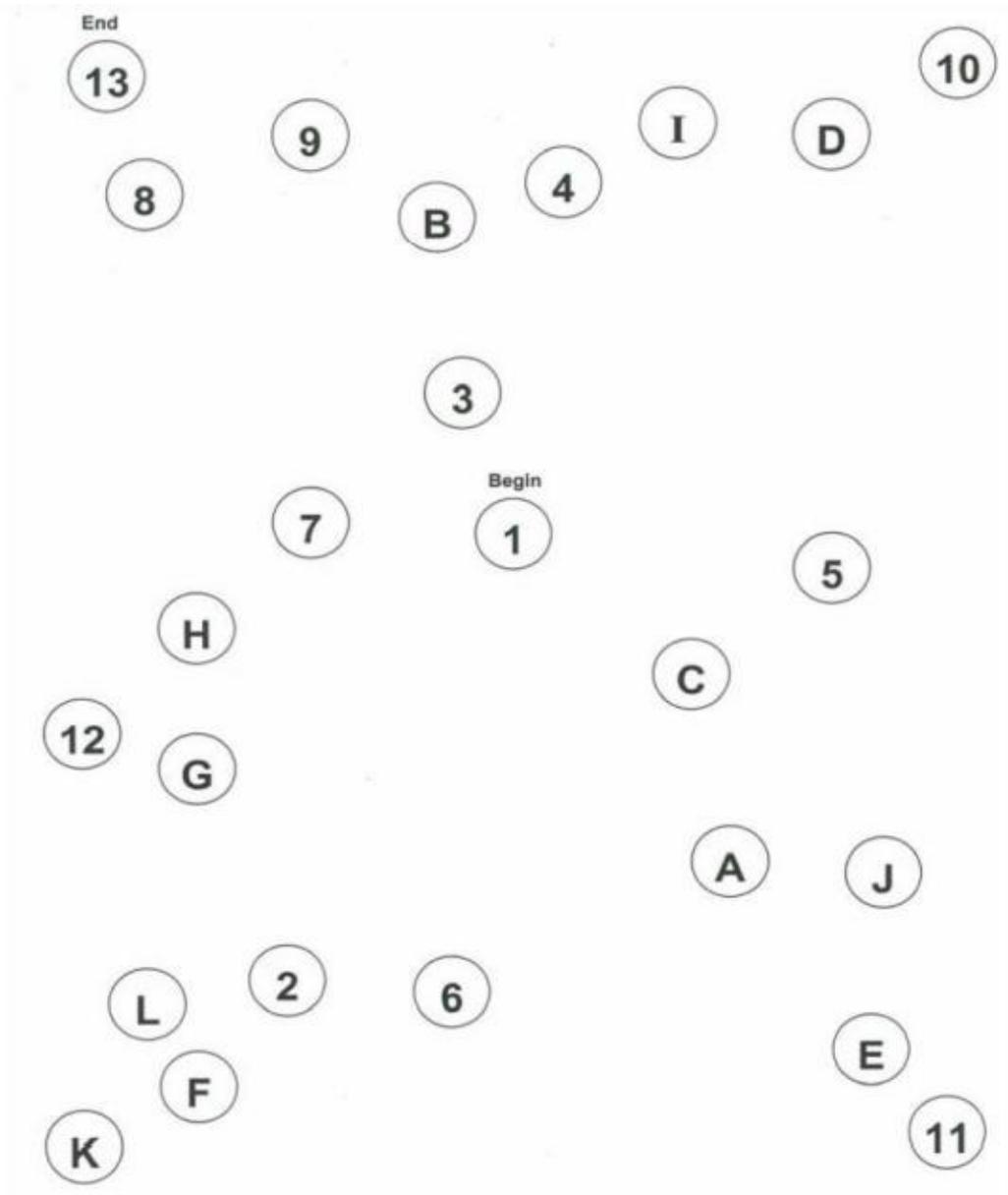
- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ANEXO 4.- TRAIL MAKING TEST, PARTE A. (Reitan, R.M, 1992)



ANEXO 4.- TRAIL MAKING TEST, PARTE B



ANEXO 5.- CUESTIONARIO DE FALLOS DE MEMORIA EN LA VIDA

COTIDIANA (MFE) (García Martínez y Sánchez-Cánovas, 1994)

Nombre:

Fecha:

Lee las siguientes afirmaciones y marca en el recuadro de al lado si no me ocurre nunca, si me pasa pocas veces o si me pasa mucho.		0= No me pasa nunca	1=Me pasa pocas veces	2=Me pasa mucho
1	Los fallos de mi memoria me causan problemas en mi vida cotidiana			
2	Olvido dónde he puesto alguna cosa, o pierdo cosas en casa			
3	No recuerdo haber estado en sitios en los que otros me dicen que si he estado antes			
4	Tengo dificultad para seguir una historia por televisión			
5	Cuando tengo un cambio en mi rutina, hago por error lo que hacía antes			
6	Tengo que comprobar si he hecho alguna cosa que tenía intención de hacer			
7	Olvido cuando ocurrieron algunas cosas (fechas importantes pasadas, sucesos importantes)			
8	Olvido coger objetos que necesito (llaves, gafas, monedero...), o me los dejo y tengo que volver a buscarlos			
9	No recuerdo algo que me dijeron ayer o hace pocos días			
10	Empiezo a leer algo sin darme cuenta de que ya lo había leído antes			
11	Cuando estoy en una conversación me voy fácilmente hacia otro tema distinto del que se estaba hablando.			
12	Cuando me cruzo con familiares o amigos no les reconozco.			
13	Tengo dificultad para aprender cosas nuevas			
14	No encuentro la palabra o expresión que quiero utilizar			

15	Olvido cosas que quería o había planeado hacer (ej. olvido acudir a citas, olvido haber quedado con un amigo/a)			
16	Olvido los detalles de lo que hice o me pasó el día anterior.			
17	Pierdo el hilo de una conversación y tengo que preguntar de qué se estaba hablando			
18	Pierdo el hilo cuando leo algo y tengo que volver a empezar para enterarme			
19	Olvido dar recados importantes a la gente			
20	Olvido detalles de mí mismo/a (mi dirección, mi edad, mi cumpleaños)			
21	Mezclo o confundo historias que me han contado otras personas			
22	Olvido anécdotas que me han contado otras personas			
23	Olvido detalles de cosas que hago habitualmente (ej. la hora a la que suelo hacer algo, cómo suelo hacer algo, qué tengo que hacer)			
24	Olvido caras conocidas o famosas que veo con frecuencia en televisión			
25	Olvido dónde guardo las cosas o las busco en el lugar equivocado.			
26	Me pierdo o me confundo al ir a algún sitio en que el ya he estado en otra ocasión.			
27	Hago algo por error dos veces, cuando solo lo tenía que hacer una (ej. enjabonarme dos veces, echar sal dos veces)			
28	Repito a alguien algo que acabo de contarle o le hago dos veces la misma pregunta.			
29	Olvido cómo se usa un objeto, aunque ya lo hubiese usado antes			
30	Olvido el nombre de personas conocidas (ej. compañeros, profesionales), médicos)			
Puntuación total		Nº 0=	Nº 1=	Nº 2=

ANEXO 6.- EVALUACIÓN DE HÁBITOS (Elaboración propia)

HORARIO:	ACTIVIDAD: 1. Autocuidado 2. Tareas hogar 3. Estudio, trabajo, voluntariado, cuidado de otros 4. Ocio 5. Sueño, descanso	1.- Yo creo que lo hago: 0.-No sé 1.- Bien 2.- Regular 3.-Mal 4.- Muy mal	2.-Para mí esta actividad es: 1.- Fácil 2.- un Poco difícil 3.- Difícil 4.- Muy difícil	3.- Disfruto de la actividad: 0.-No sé 1.- Mucho 2.- Algo 3.- Muy poco 4.- Nada
0:00-1:00				
1:00-2:00				
2:00-3:00				
3:00-4:00				
4:00-5:00				
5:00-6:00				
6:00-7:00				
7:00-8:00				
8:00-9:00				
9:00-10:00				
10:00- 11:00				
11:00- 12:00				
12:00- 13:00				
13:00- 14:00				
14:00- 15:00				
15:00- 16:00				
16:00- 17:00				
17:00- 18:00				
18:00- 19:00				
19:00- 20:00				
20:00- 21:00				
21:00- 22:00				
22:00- 23:00				
23:00- 0:00				

ANEXO 7.- HABILIDADES DE LA VIDA DIARIA (BELS) (Jiménez et al, 2000)

HABILIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA-BELS

Grupo andaluz de investigación en salud mental, 2000

HOJA DE RESPUESTAS

USUARIO/A		FECHA	
INFORMANTE		ENTREVISTADOR	

I= Oportunidad de independencia D=desempeño actual

AUTOCUIDADO		I	D
1.	Independencia de movimientos		
2.	Despertarse y levantarse		
3.	Vestirse		
4.	Vuelta a casa por la noche		
5.	Comidas		
6.	Medicación		
7.	Higiene personal		
8.	Ropa		
9.	Incontinencia		
10.	Comportamiento en el cuarto de baño		
D		D	
TOTAL		PROMEDIO	
HABILIDADES DOMÉSTICAS		I	D
11.	Preparación de comidas		
12.	Preparación de comidas simples		
13.	Compra de comestibles		
14.	Compras		
15.	Lavado de la ropa		
16.	Cuidado de espacio personal		
17.	Cuidado de su casa y de espacios comunes		
D		D	
TOTAL		PROMEDIO	
HABILIDADES COMUNITARIAS		I	D
18.	Uso de transporte público		
19.	Uso de servicios asistenciales		
20.	Uso de los locales y los servicios públicos		
21.	Uso del dinero o capacidad para controlar su presupuesto		
D		D	
TOTAL		PROMEDIO	
ACTIVIDAD Y RELACIONES SOCIALES		I	D
22.	Ocupación diaria		
23.	Actividades de tiempo libre		
24.	Sociabilidad		
25.	Consideración y preocupación por otros		
26.	Prestar auxilio en una emergencia		
D		D	
TOTAL		PROMEDIO	

