

Trabajo de Final de Master

FOMENTO DEL LA PARTICIPACION Y EQUILIBIO OCUPACIONAL A TRAVÉS
DE UNA INTERVENCIÓN DE TERAPIA ASISTIDA CON PERROS PARA
PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA CON BAJA MOTIVACION

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

2020-2021

Autor/a: Sara Arribas Gorís

Director/a: Mikel Munarriz Ferrandis

Tutor/a o supervisor/a: Mikel Munarriz Ferrandis

Fecha de lectura: 20 de octubre de 2021



ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1. Esquizofrenia, desempeño ocupacional y motivación.....	6
2.2. Esquizofrenia y participación ocupacional.....	9
2.3. La Terapia Asistida con Animales como facilitador de la motivación hacia la ocupación	10
2.4. Marco teórico	12
3. ELABORACION DEL PROGRAMA.....	16
3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	16
3.1.1. Participantes	16
3.1.2. Instrumentos de evaluación	17
3.1.3. Recursos materiales y humanos.....	20
3.1.4. Consideraciones éticas.....	20
3.1.5. Consideraciones éticas sobre los animales en terapia.....	21
4. PLAN DE TRABAJO	22
4.1. Plan de intervención.....	23
4.2. Desarrollo del plan de intervención	33
4.3. Cronograma.....	36
5. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA.....	38
6. RESULTADOS ESPERADOS	38
7. CONCLUSIONES	39
8. BIBLIOGRAFÍA.....	41
8. ANEXOS.....	46

1. RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que se caracteriza por la presencia de síntomas positivos y negativos. Estos últimos van a provocar en la persona una falta de intereses y baja motivación hacia la participación en las diferentes áreas ocupacionales dando lugar a un importante desequilibrio ocupacional.

La Terapia Asistida con Animales (TAA) se presenta como una terapia complementaria a las intervenciones clásicas en el tratamiento de la esquizofrenia. Entre los múltiples beneficios de esta terapia se encuentra su capacidad como factor motivacional favoreciendo la participación y el compromiso de los usuarios durante las intervenciones.

En el presente trabajo, se desarrolla una propuesta de intervención desde Terapia Ocupacional (TO) dirigida a personas con un diagnóstico de esquizofrenia de larga evolución y baja motivación hacia la ocupación por medio de un programa de TAA. El objetivo del programa es mejorar el equilibrio ocupacional de los participantes, favoreciendo la adquisición de una rutina y hábitos saludables por medio del cuidado de una mascota.

La intervención se desarrolla tomando como referencias teóricas el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional y el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO). Así mismo, como referencias prácticas se toman las estrategias del Proceso Remotivacional y los principios de la TAA. La intervención se llevará a cabo en la Residencia de Salud Mental del Centro Sociosanitario El Pino a través de la participación de un total de 6 usuarios y una duración total de 9 meses.

Palabras claves: Modelo de la Ocupación Humana, Proceso Remotivacional, esquizofrenia, equilibrio ocupacional, terapia asistida con animales.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental illness characterized by the presence of both positive and negative symptoms. The latter will provoke a lack of interest in the person and low motivation towards participation in the different occupational areas, giving rise to a significant occupational imbalance.

Animal Assisted Therapy (AAT) is presented as a complementary therapy to classical interventions in the treatment of schizophrenia. Among the many benefits of this therapy is its capacity as a motivational factor favoring the participation and commitment of users during interventions.

In the present work, an intervention proposal is developed from Occupational Therapy (OT) aimed at people with a long-term diagnosis of schizophrenia and low motivation towards employment through a TAA program. The objective of the program is to improve the occupational balance of the participants, favoring the acquisition of a routine and healthy habits through the care of a pet.

The intervention is developed taking as theoretical references the Framework for the Practice of Occupational Therapy and the Model of Human Occupation (MOHO). Likewise, as practical references, the strategies of the Remotivational Process and the principles of the TAA are taken. The intervention will be carried out in the Mental Health Residence of the El Pino Social Health Center through the participation of a total of 6 users and a total duration of 9 months.

Keywords: Model of Human Occupations, Remotivational Process, Schizophrenia, Equilibrium occupational, Animal assisted therapy.

2. INTRODUCCIÓN

A continuación, se presenta una propuesta de intervención dirigida a personas con esquizofrenia de larga evolución y un importante deterioro en el equilibrio ocupacional. Para ello se plantea el uso de la Terapia Asistida con Animales (TAA) como un factor motivador hacia la participación ocupacional.

Para la realización de esta propuesta de intervención se ha llevado a cabo previamente una revisión bibliográfica con el objetivo de conocer cómo afecta la motivación en la participación ocupacional en las diferentes áreas de desempeño, así como, la situación actual sobre el uso de la TAA en personas con esquizofrenia. Esta búsqueda se ha realizado entre enero de 2021 y febrero de 2021 utilizando como base de datos: PubMed, Cochrane, Scielo y Medline y Tripdatabase. Los idiomas considerados durante la revisión bibliográfica en las bases previamente indicadas han sido el español y el inglés.

Para la selección de los términos utilizados en español se usó la terminología de Descriptores de Ciencias de la Salud [DeCS]:

- Esquizofrenia
- Modelo de la Ocupación Humana
- Terapia asistida con perros
- Equilibrio ocupacional

En el caso de los términos en inglés, se usó la terminología Medical Subjects Headings [MeSH]:

- Schizophrenia
- The Model of Human Occupations
- Animal assisted therapy
- Equilibrium occupational

Los filtros utilizados en la búsqueda en las diferentes bases de datos han sido:

- Fecha de publicación en los 10 años previos a la fecha de búsqueda (2011-2021)
- Publicaciones en español e inglés
- Acceso al texto completo
- Acceso libre

El operador booleano utilizado en todas las búsquedas ha sido “AND” combinándolo de la siguiente manera:

Búsqueda en Español	Búsqueda en Ingles
“Esquizofrenia” AND “Modelo de Ocupacion Humana”	“Schizophrenia” AND “The Model of Human Occupations”
“Esquizofrenia” AND “Terapia asistida con animales”	“Schizophrenia” AND “Animal assisted therapy”
“Esquizofrenia” AND “Equilibrio Ocupacional”	“Schizophrenia” AND “Equilibrium occupational”
“Equilibrio Ocupacional” AND “Terapia asistida con animales”	“Equilibrium occupational” AND “Animal assisted therapy”

Una vez realizada la búsqueda en todas las bases de datos y aplicados los filtros se obtuvieron un total de 236 artículos que cumplían los criterios seleccionados. Tras descartar los artículos repetidos el número de estos se redujo a 115. Tras la lectura del título los artículos se redujeron a 24. Finalmente, tras la lectura de los resúmenes de los artículos se descartaron 16 artículos reduciéndose el número de artículos a 8 finales tras la lectura del texto completo.

2.1. Esquizofrenia y motivación

La esquizofrenia es una enfermedad mental que se clasifica dentro del grupo de los trastornos psiquiátricos mayores, siendo una de las patologías mentales más incapacitantes, y que generan un serio impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren y sus familiares. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo una de las patologías mentales con mayor demanda sanitaria ⁽¹⁾⁽²⁾.

El impacto de la esquizofrenia afecta de manera global a todas las esferas de la persona, incidiendo tanto en sus habilidades de desempeño como en su funcionamiento y participación ocupacional, llegando a ocasionar una pérdida importante en la autonomía personal en los casos más graves ⁽³⁾. Según datos de la OMS, la esquizofrenia se encuentra entre las 20 primeras causas de discapacidad repercutiendo en el desempeño educativo, laboral y ocupacional de la persona ⁽¹⁾.

Los criterios diagnósticos de la esquizofrenia se encuentran recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) bajo el título “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” en el apartado “Esquizofrenia”. Este manual define la esquizofrenia como un síndrome psiquiátrico que se caracteriza por la presencia de un grupo heterogéneo de síntomas que afectan a múltiples procesos mentales y conductuales, con repercusiones directas sobre el funcionamiento y la participación ocupacional de la persona. De acuerdo con este manual, el diagnóstico de la esquizofrenia requiere la presencia durante una parte significativa de un período de seis meses, de dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado, síntomas negativos ⁽⁴⁾.

En relación con el pronóstico de la esquizofrenia, los últimos estudios revelan que en un 30% de los casos el curso de la enfermedad es favorable, con una remisión casi completa de los síntomas y un buen ajuste social. Por otro lado, un 50% de los casos manifiesta una evolución episódica con un impacto significativo en su funcionamiento sociolaboral mientras que el 20% presenta una mala evolución con un deterioro importante y grave afectación sociolaboral ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

De acuerdo con los últimos estudios uno de los factores que parece ser clave en el pronóstico y la evolución de la esquizofrenia es la presencia e intensidad de la sintomatología negativa. La presencia precoz de esta sintomatología parece predecir un peor curso de la enfermedad siendo un indicador de un mal pronóstico en el funcionamiento social y laboral, así como de una menor calidad de vida en comparación con la ausencia de este conjunto sintomático ⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾. De acuerdo a Expósito y Escribano ⁽¹⁰⁾ la sintomatología negativa se caracteriza por ser más difícil de tratar respondiendo peor al tratamiento farmacológico en comparación con la sintomatología positiva pudiendo aparecer de manera independiente a esta ⁽¹⁰⁾.

Este conjunto sintomático se encuentra presente de manera elevada aproximadamente en el 28-36% de las personas con esquizofrenia ⁽⁹⁾. Entre los síntomas negativos más comunes se incluyen la apatía, la abulia, la anhedonia, la alogia, el afecto plano y embotamiento afectivo los cuales van a provocar en mayor o menor grado una reducción de la expresión verbal y no verbal, pérdida de motivación e interés por actividades de disfrute con la consecuente disminución de la participación en actividades

generadoras de placer, constructivas y sociales ⁽²⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. La Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental ⁽¹¹⁾ reconoce que “*los síntomas negativos son de gran importancia tanto a nivel clínico como en términos de rehabilitación, pues afectan a la capacidad de trabajo, a las relaciones con los otros y a los lazos emocionales, esto es, a la capacidad de la persona para llevar una vida normalizada*” ⁽¹¹⁾.

De acuerdo con Tizon⁽¹²⁾ los síntomas negativos de la esquizofrenia, aunque son menos visibles tienden a ser más incapacitantes . En un estudio realizado por Hunter y Barry⁽¹³⁾ sobre la relación entre la sintomatología negativa y la funcionalidad, los resultados obtenidos muestran una relación altamente significativa entre la aparición de estos síntomas con un empeoramiento en el funcionamiento social. Siguiendo esta línea, diversos estudios señalan la apatía y la falta de motivación como un factor significativo en el deterioro funcional de pacientes con esquizofrenia ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

La falta de motivación hacia la ocupación característica en personas con esquizofrenia da lugar a un abandono de sus áreas ocupacionales provocando un desequilibrio ocupacional ⁽¹⁰⁾. Así pues, la persona pasa a centrarse principalmente en actividades pasivas abandonando Actividades de la Vida Diaria (AVD) como el cuidado personal, la alimentación o la higiene personal, así como, actividades de ocio y tiempo libre o actividades laborales ⁽¹⁴⁾. De esta manera la persona va adquiriendo hábitos asociados al rol de enfermo y abandonando roles y ocupaciones socialmente aceptadas llegando a verse alteradas la participación y el equilibrio en todas las áreas ocupacionales ⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾.

Siendo la motivación un factor fundamental a tener en cuenta en la recuperación de estos pacientes, debería de tratarse como un aspecto sintomático y nunca como una actitud personal, que tiene una repercusión importante tanto en la adherencia al tratamiento como en la recuperación ⁽¹⁵⁾. Los programas de intervención en personas con esquizofrenia que tienen una baja motivación deberían dirigir sus acciones hacia los factores inhibidores y facilitadores que inciden en la motivación de estas personas. En este sentido a través de esta intervención se pretende desarrollar un programa en el que se use la TAA como facilitador de la motivación hacia la participación ocupacional en las diferentes áreas ocupacionales de la persona.

2.2. Esquizofrenia y equilibrio ocupacional

La participación en ocupaciones significativas y con propósito está directamente relacionado con la promoción de la salud, proporcionando una mayor satisfacción y calidad de vida a la persona. Cuando existe un patrón satisfactorio de ocupación saludable, significativo y sostenible se habla de equilibrio ocupacional ⁽¹⁶⁾. Hinajosa y Kramer⁽¹⁶⁾ definen la ocupación como “*Actividades en que la gente se compromete a través de su vida diaria para ocupar el tiempo y darle sentido a la vida*”. Las ocupaciones son fundamentales para definir la identidad de cada persona y van a determinar el modo en que cada uno emplea el tiempo y toma decisiones por lo que un desequilibrio ocupacional influye negativamente en la adquisición de roles y hábitos de la persona ⁽¹⁶⁾.

Las áreas de ocupación que se tienen en cuenta a la hora de valorar el equilibrio ocupacional están recogidas dentro de la clasificación del Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association⁽¹⁶⁾ (AOTA). Según este marco las áreas de ocupación incluyen: Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), el descanso y sueño, la educación, el trabajo, el juego, el ocio y tiempo libre y la participación social. Este marco nos ofrece una definición de cada una de estas áreas, así como las diferentes actividades que forman cada área definiendo cada una de ellas ⁽¹⁶⁾.

A medida que la enfermedad avanza, las personas con esquizofrenia van disminuyendo la participación en todas las áreas ocupacionales tendiendo a permanecer en estados de inactividad y abandonando progresivamente la participación en las distintas ocupaciones. Esta situación va dando lugar a un desequilibrio ocupacional entre las diferentes áreas ocupacionales dedicando un mayor tiempo a las áreas de sueño y descanso y actividades pasivas sin un significado personal ⁽¹⁷⁾. Al mismo tiempo este desequilibrio ocupacional afecta de manera directa a las capacidades de desempeño de la persona produciendo, un deterioro en las habilidades físicas y mentales de esta.

Por su parte, las personas con esquizofrenia que conservan un estado de equilibrio ocupacional y dedican mayor tiempo a ocupaciones activas y con significado, así como aquellas personas que tienen un ritmo de vida diurno activo, manifiestan menos síntomas negativos, presentan un valor ocupacional superior y ven menos afectadas sus capacidades de desempeño conservando mejores habilidades físicas y mentales ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾. En este sentido, Crist afirma que involucrarse en actividades productivas, especialmente

aquellas relacionadas con el trabajo, remunerado o no, ayuda a mantener las habilidades necesarias para el desempeño ocupacional y proporciona un mayor sentido de eficacia y de satisfacción personal ⁽²⁰⁾.

Leticia Ocaña y Cristina Caballo ⁽¹⁰⁾ explican la importancia de la elaboración de programas para mejorar el desempeño y la participación ocupacional de las personas con esquizofrenia centrandose en la elaboración de estos programas en facilitar el compromiso y la participación de los participantes. Así pues, de acuerdo a estas autoras *“si facilitamos la motivación hacia la participación en ocupaciones significativas se facilita el desarrollo de sentimientos de competencia, autoconfianza y mejora de su autoestima”* ⁽²¹⁾.

Leticia Ocaña y Cristina Caballo ⁽¹⁰⁾ explican la importancia de la elaboración de programas para fomentar la autonomía y la participación ocupacional ya que como señalan en su artículo *“Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y duradera”* es una manera de disminuir el empeoramiento de la sintomatología, mantener las habilidades de desempeño y aumentar la imagen social. En este sentido señalan *“si facilitamos la motivación hacia la participación en ocupaciones significativas se facilita el desarrollo de sentimientos de competencia, autoconfianza y mejora de su autoestima”* ⁽²¹⁾.

2.3. La Terapia Asistida con Animales como facilitador de la motivación hacia la ocupación.

Desde la antigüedad se ha venido utilizando los animales como herramienta terapéutica gracias a los beneficios que la relación animal-persona aporta ⁽²²⁾. Actualmente hay una gran diversificación y especialización de las intervenciones con animales en función de los objetivos terapéuticos, educativos o de la intervención social que persigan. La International Association of Human Animal Interaction Organizations (IAHAIO) diferencia dos tipos de intervenciones con animales ⁽²³⁾.

Por un lado, en contextos clínicos, las intervenciones con animales aplicadas al tratamiento se denominan TAA. La TAA se caracteriza por la introducción de un animal de manera intencionada como parte integral de la intervención. Estas intervenciones se caracterizan por la necesidad de establecer un objetivo terapéutico claramente definido dirigido a promover el funcionamiento físico, psicológico, social o cognitivo. Así mismo,

aplican herramientas para definir las medidas de cambio y tienen que estar dirigidas por un profesional perteneciente al área de la salud. Por otro lado, cuando los objetivos del tratamiento están orientados al área educativa y la intervención es llevada a cabo por un profesional de la educación, la intervención se denomina Educación Asistida con Animales (EAA). Al margen de estas dos intervenciones se encuentran las Actividades Asistidas con Animales (AAA). Estas se caracterizan por la ausencia de unos objetivos terapéuticos y de medidas de cambio evaluables. Estas actividades están dirigidas por un entrenador que se encuentre especializado en esta área pudiendo ser un profesional o un voluntario que aplique conocimientos sobre las interacciones entre animales y las personas ⁽²²⁾⁽²³⁾.

El objetivo final de la TAA es el de fomentar la calidad de vida y la mejora de la sintomatología de la enfermedad. La TAA se plantea como una terapia complementaria al tratamiento clásico de la esquizofrenia que permite abordar las diferentes dificultades presentes en el tratamiento ^{(22) (21)}.

Diversos estudios han demostrado que la TAA en personas con esquizofrenia ofrece beneficios en la mejora de síntomas negativos como la anhedonia, la afectividad y autoestima ^{(24) (25) (26)}. De acuerdo con Vásquez Duque ⁽²⁷⁾ los animales pueden servir como una fuente de motivación en el tratamiento para realizar la actividad planificada por el terapeuta, mejorando de este modo, la adherencia al tratamiento rehabilitador y el compromiso con sus ocupaciones. Los animales funcionan como una fuente de motivación en el tratamiento, permitiendo que aquellas personas más resistentes al proceso de rehabilitación sean capaces de participar y obtener los objetivos terapéuticos planteados ^{(28) (29)}. Intervenciones llevadas a cabo en diferentes estudios han demostrado que la adherencia de las personas con esquizofrenia que participan en programas de TAA es muy alta ⁽²⁸⁾, convirtiendo este tipo de intervenciones en una alternativa eficaz en aquellos pacientes con baja adherencia al tratamiento. De acuerdo con Ansodi Arrieta ⁽⁷⁾ a través de este tipo de intervenciones es posible la creación entornos afectivos y protegidos que facilitan la participación en la intervención.

Así mismo, a través de la TAA es posible la mejora de las rutinas de la vida diaria, facilitando la participación en actividades normalizadoras y mejora de la funcionalidad y las relaciones interpersonales, el contacto social, las habilidades sociales y la funcionalidad en la comunidad promoviendo al mismo tiempo una mejora de la gestión emocional, la integración, la motivación y la adherencia al tratamiento ^{(24) (25) (26)}.

Mediante las interacciones y demandas de los animales se facilita la adquisición de hábitos y rutinas junto al rol de cuidador del animal, proporcionando a la vez un sentimiento positivo de la autoeficacia. En el estudio llevado a cabo por Barak⁽³⁰⁾ con pacientes geriátricos diagnosticados de esquizofrenia en una unidad de larga estancia se mostró que estos pacientes tenían una mejora respecto al funcionamiento social, habilidades instrumentales y autocuidado ⁽³⁰⁾. Por su parte Kovacs ⁽³¹⁾ llevo a cabo un programa de TAA en una unidad de larga estancia para pacientes con esquizofrenia de media edad encontrando una mejora significativa en las actividades de autocuidado ($p=0.02$) y domésticas ($p=0.01$).

Con relación a la participación social el animal se concibe como un objeto facilitador de esta área ayudando al control del estrés y la ansiedad que pueden generar situaciones sociales y aumento del humor y bienestar. Los animales proporcionan facilidad para relacionarse a través de la comunicación no verbal y facilitan el establecimiento de lazos afectivos con las personas ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

2.3. Marco teórico

Como afirma Wilcock ⁽³²⁾ en su texto “An Occupational Perspective of Health”, participar en ocupaciones significativas y socialmente aceptadas influye positivamente en el bienestar físico, psicológico y social de la persona. Kielhofner ⁽³³⁾ reconoce al ser humano como un ser innato por naturaleza por lo que necesita involucrase en actividades para mantener su salud. La falta de ocupaciones significativas lleva al ser humano a una pérdida de la salud general⁽³³⁾.

El Modelo de Ocupación Humana (MOHO) ⁽³⁴⁾ ofrece una teoría sobre el desempeño ocupacional para explicar cómo cada persona se motiva, organiza y se desempeña en las diferentes ocupaciones. Este modelo identifica tres componentes interrelacionados que forman parte de cada persona y que van a dar lugar a la conducta ocupacional de cada individuo: La volición, la habituación, y capacidad de desempeño ⁽³⁴⁾.

- De acuerdo a este modelo la volición es el nivel más básico necesario para participar en las diferentes ocupaciones. La volición está constituida por, la causalidad personal, los valores y los intereses. La causalidad personal hace referencia a la percepción de la persona sobre las habilidades propias y la

autoeficacia en una ocupación. Los valores determinan aquellas ocupaciones que son importantes para la persona, que, en relación con el contexto sociocultural, van a guiar la participación y definir los objetivos y aspiraciones de cada persona. Por último, los intereses; determinan aquello que genera placer y disfrute en la persona. Estos tres elementos se interrelacionan entre sí para constituir el contenido de los sentimientos, pensamientos y decisiones de cada persona acerca de la participación en las diferentes ocupaciones ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾.

Analizando los componentes de la volición encontramos que estos elementos pueden verse alterados en personas con esquizofrenia. Así pues, tienden a tener bajos niveles de autoeficacia percibiendo una menor competencia en la realización de las actividades. Así mismo, dan menos importancia y disfrutan menos del uso del tiempo y del desempeño de sus roles y tienen dificultades para disfrutar de actividades que antes les generaban placer y eran importantes para ella ⁽³⁴⁾.

- En cuanto la habituación hace referencia al patrón de comportamiento semiautónomo mediante el cual las ocupaciones se organizan en la vida de la persona en patrones o rutinas y roles asumidos. Estos reflejan la forma de hacer las diferentes actividades en el mismo contexto que han sido interiorizadas a través de la repetición del desempeño. Los roles permiten la identificación con determinadas formas de comportamiento aprendidas y se encuentran relacionadas con un determinado estatus social o identidad. Esta interiorización de los roles facilita que la persona se comporte de manera semiautomática según las expectativas contribuyendo a su identidad ocupacional. La adquisición, el cambio y la pérdida de roles, ocurren de manera natural en el transcurso de la vida, pero estos pueden verse alterados ante la aparición de una enfermedad. Los hábitos y roles se verán modificados en función de las alteraciones en el sistema volicional. Si la persona deja de valorar un hábito o rol determinado o tiene la creencia de no ser bueno en el desempeño de un rol determinado este puede verse alterado y dar lugar al abandono de éste dificultando a la vez la adquisición de nuevos roles.
- La capacidad de desempeño hace referencia al conjunto de habilidades necesarias para hacer una determinada acción. Estas habilidades dependen de los componentes físicos y mentales. Así mismo, la capacidad de desempeño va a depender también de la experiencia subjetiva de cada persona y puede verse alterada tanto por los componentes volitivos como por los hábitos y roles. Entre las alteraciones que pueden encontrarse en las personas con esquizofrenia

destacan especialmente las capacidades de procesamiento, de comunicación e interacción. Estas alteraciones pueden acabar deteriorando significativamente el autoconcepto de la persona.

Además de estos tres elementos, el MOHO, considera el ambiente físico y social, como un factor determinante en el comportamiento ocupacional de la persona. De este modo, el ambiente se interrelaciona con los aspectos de la persona (volición, habituación, desempeño) para guiar el comportamiento ocupacional. Todas las ocupaciones que desarrolla una persona tienen lugar en un medio físico y social determinado que va a determinar la adquisición de hábitos y roles determinados. Este ambiente puede funcionar como facilitador favoreciendo la participación en ocupaciones o como limitador dificultando su participación. Cuando el ambiente funciona como facilitador va a proporcionar oportunidades y recursos que van a permitir elegir y hacer cosas que pueden facilitar la motivación y el desempeño de ocupaciones ⁽³²⁾. En este sentido como afirma Ocaña y Caballo ⁽¹⁰⁾ las personas que se encuentran en residencias disponen de menos oportunidades para participar en actividades de la vida diaria que puedan mejorar su desempeño ocupacional. Las expectativas y limitaciones del medio ambiente pueden limitar las elecciones e interferir en la motivación ⁽³²⁾.

A partir de las bases teóricas del MOHO se crea El Proceso de Remotivación Humana: Intervención Progresiva para Individuos con Desafíos Volicionales Severos ⁽³⁶⁾. Este proceso está dirigido a intervenir con personas con un nivel volitivo muy bajo proporcionando estrategias de intervención destinadas a mejorar la motivación por la ocupación de personas con problemas motivacionales. Se articula basado en el continuo volicional, donde se exponen los diferentes niveles de volición diferenciando tres módulos que describen el continuo de cambio ocupacional: “exploración” (nivel volitivo más bajo), “competencia” y “logro” (nivel volitivo más alto). Cada módulo se encuentra dividido en diferentes etapas ordenadas en una secuencia lógica progresiva que, a su vez, incluyen estrategias de intervención organizadas que orienta una intervención estructurada, a través de la cual, el terapeuta ocupacional facilita el avance de la persona en el continuo volitivo hacia niveles más altos de volición ^{(36) (37)}.

Desde esta perspectiva la Terapia ocupacional (TO) a través de la aplicación del MOHO y el proceso Remotivacional se presenta como una profesión privilegiada en la intervención de personas con esquizofrenia con baja motivación para mejorar su

equilibrio y participación ocupacional. La disciplina de TO se define según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional⁽¹⁶⁾ (AOTA), como: *“el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria con individuos o grupos con el fin de mejorar y facilitar la participación en los roles, hábitos y rutinas en los diferentes contextos”*.

El MOHO nos proporciona un marco conceptual completo para estudiar las alteraciones que se producen en la participación ocupacional, instrumentos de medida de las alteraciones implicadas, y guía los pasos a seguir para la intervención ocupacional. Tomando como base el MOHO y el Proceso Remotivacional nos enfocaremos en la TAA como vía para fomentar la motivación hacia el tratamiento y hacia la participación ocupacional apoyándonos en las estrategias proporcionadas por el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional.

3. ELABORACION DEL PROGRAMA

Tras la introducción teórica expuesta se plantea a continuación una propuesta de intervención en la Residencia de Salud Mental del Centro Sociosanitario.

La miniresidencia de Salud Mental del Centro Sociosanitario El Pino es un centro sociosanitario que atiende a personas con problemas de salud mental grave y duradera con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales y una pérdida de autonomía personal. Actualmente el centro atiende a 68 usuarios divididas en dos plantas. El equipo técnico del centro esta formado por dos terapeutas ocupacionales y una psicóloga que son los encargados de diseñar e implementar los diferentes programas.

A través de este recurso se pretende ofrecer una atención integral a los residentes satisfaciendo las necesidades básicas de alojamiento, alimentación y cuidados. Así mismo, en la residencia se llevan a cabo diferentes programas de rehabilitación psicosocial tanto individuales como grupales con el objetivo de fomentar las habilidades necesarias para mantener y recuperar el grado máximo de autonomía personal y social, y su favorecer su integración en la comunidad.

El perfil de usuarios que se atiende se caracteriza por tener una escasa participación en actividades significativas y una importante limitación en la participación de roles y rutinas que promuevan la motivación por el hacer. Se evidencia un importante desequilibrio ocupacional, con abandono de actividades básicas e instrumentales de la

vida diaria y escasa motivación por la participación en el tratamiento rehabilitador. Los usuarios tienden a tener un bajo sentido de eficacia general con sintomatología negativa presente y una baja participación social con abandono de sus redes sociales y ausencia de objetivos e intereses ocupacionales. Analizando su ambiente ocupacional destaca la escasa oportunidad para participar en actividades comunitarias ofrecidas por la residencia. A partir de este proyecto de intervención se busca fomentar la exploración y búsqueda de intereses ocupacionales que fomente la participación en todas las áreas ocupacionales de los usuarios.

3.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A continuación, se presentan los objetivos generales y específicos que se pretenden alcanzar a través de la intervención:

3.2.1. Objetivo general

El objetivo general que se propone alcanzar a través del programa es el siguiente:

- Favorece la adquisición de un equilibrio ocupacional aumentando la participación en las diferentes áreas de desempeño ocupacional.

Como objetivos específicos del proyecto de intervención se establecen:

- Promover la adquisición de hábitos y rutinas saludables
- Mejorar la causalidad personal respecto a las ocupaciones en las que participan.
- Aumentar el interés y los valores hacia las distintas áreas ocupacionales.
- Fomentar la adquisición de roles ocupacionales significativos.
- Mejorar las habilidades de desempeño necesarias para vivir de manera independiente.

3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1.1. Participantes

La intervención estará formada por un total de seis usuarios residentes en el Centro Sociosanitario El Pino. Dado el carácter individualizado que requiere la TAA para llevar a cabo esta intervención será necesario un número reducido de pacientes.

Para la selección de los usuarios se establecen los siguientes criterios de inclusión: estar ingresado en el Centro Sociosanitario el Pino, ser mayor de 18 años, tener diagnosticado una esquizofrenia, mostrar aptitudes positivas hacia la relación con animales, manifestar un desequilibrio ocupacional significativo, no presentar sintomatología positiva que interfiera con la realización de las sesiones, no presentar ninguna enfermedad que impida el contacto con animales.

Se establecen como criterios de exclusión todos los usuarios que no se encuentren ingresados en el Centro Sociosanitario el Pino, menores de 18 años, pacientes con rechazo hacia los animales, pacientes que no tengan dificultades de motivación y pacientes que presenten síntomas que interfieren en la realización de las sesiones, presentar alguna enfermedad que impida el contacto con animales.

3.1.2. Instrumentos de evaluación

Para la medición del primer, segundo, tercer y cuarto objetivo se utilizará el **Cuestionario Ocupacional (OQ)**⁽³⁸⁾. Esta herramienta ha sido desarrollada por el MOHO para poder obtener una representación gráfica de las diferentes ocupaciones que lleva a cabo una persona en su día a día y la cantidad de tiempo que le dedica a cada hora. Así mismo permite conocer las características volitivas para cada actividad desarrollada.

La escala fue traducida por Else Mundo y revisado por Carmen Gloria de las Heras. En cuanto a las medidas psicométricas, los autores de la escala demostraron una fiabilidad test-retest aceptable y buena validez concurrente.⁵²

Se trata de una herramienta de autoevaluación dividida en dos partes para su aplicación. En la primera parte el usuario completa un registro de actividades que realiza en intervalos de media hora. En la segunda parte el usuario tiene que registrar como clasifica la actividad dentro de las áreas ocupacionales, el valor o importancia de cada actividad y el disfrute de cada actividad a través de cuatro preguntas medidas por medio de una escala de tipo Likert de cuatro puntos:

- ¿En que área ocupacional cataloga la actividad? (ABVD, AIVD, Descanso y sueño, ocio y tiempo libre, educación, trabajo)
- ¿Cómo realizas la actividad?: Muy bien, bien, regular, mal, muy mal
- ¿Cuánta importancia tiene para ti la actividad?: Muy importante, importante, sin importancia, prefiero no hacerla, pérdida de tiempo.

- ¿Cuánto disfrutas haciendo la actividad?: Me gusta mucho, ni me gusta ni me disgusta, no me gusta, la detesto.

La primera parte de la escala nos permite observar los cambios conseguidos en el segundo objetivo planteado. Así a través de la observación de la lista de actividades completada por el usuario se puede ver la organización de la rutina y hábitos que mantiene en su día a día y los cambios conseguidos a través de la intervención.

La primera pregunta de la segunda parte de la escala permite observar los cambios conseguidos en la participación en las distintas áreas ocupacionales. Así mismo, es posible rellenar un gráfico circular por colores conforme las distintas áreas ocupacionales en las que participa la persona de manera permitiendo observar los cambios conseguidos de manera muy visual respecto al primer objetivo.

A través de la segunda pregunta podemos conocer la causalidad personal referente a cada actividad en la que participa la persona y los cambios conseguidos tras la intervención en referencia al tercer objetivo. Por último, la tercera pregunta permite observar los cambios en los intereses, valores y la importancia de la persona respecto a las actividades que realiza pudiendo observar los cambios conseguidos respecto al cuarto objetivo. (Anexo I)

Para la medición del quinto objetivo se utilizará el **Listado de roles** ⁽³⁹⁾. Este cuestionario permite conocer los roles con los que se identifica el usuario en el momento actual y aquellos roles que ha desempeñado en el pasado. Este cuestionario es completado por el propio usuario en un tiempo aproximado de 15 minutos. La escala ha sido traducida por Elsa Mundo y revisada por Carmen Gloria De las Heras. En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala solamente se ha demostrado la validez de contenido ⁽⁵²⁾.

A través de este cuestionario podemos observar la congruencia entre los roles que desempeña la persona y el valor que le asigna a cada uno de ellos así como el impacto que tienen en su satisfacción ocupacional. Además, esta escala permite observar el equilibrio de los roles en la organización de una rutina satisfactoria y la congruencia entre el deseo de participar en esos roles y sus capacidades.

La evaluación se divide en 2 partes. La primera parte, consta de 10 roles donde se tiene que indicar su participación en el pasado, presente y futuro. En la segunda parte del Listado de Roles se repite los 10 roles anteriores donde la persona tiene que indicar si es:

“muy valioso”, “de algún valor” y “no del todo valioso”. Por último, se lleva a cabo una entrevista relacionando las diferentes áreas.

Para la medición del último objetivo se utilizará la herramienta de valoración: **Valoración de las Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales (VAVDI)**⁽⁴⁰⁾. Esta herramienta de evaluación ha sido creada por la Terapeuta Ocupacional Mariel Pellegrini, para evaluar si una persona es capaz de vivir en la comunidad y determinar el grado de apoyo que necesita. Está constituida por un listado de comportamientos básicos que se consideran necesarios para vivir de manera independiente. Esta evaluación se encuentra enmarcada dentro del marco teórico del Marco de Referencia de Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional como base de clasificación de las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales.

La escala se divide en las siguientes dos subescalas:

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** Incluye los siguientes ítems: baño/ducha; higiene del baño; higiene personal y arreglo personal; vestido; alimentación y modales en la mesa; movilidad funcional.
- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):** Incluye los ítems siguientes: utilizar dispositivos de comunicación; movilidad en la comunidad; manejo del dinero; manejo del hogar; preparación de la comida y limpieza; procedimientos de seguridad y respuesta a una emergencia; mantenimiento de la ropa; ir de compras.

Las diferentes actividades de ambas subescalas se valoran a través de una escala Likert de 5 puntos siendo 5 “dependientes/disfuncional” (“no puede desempeñar la actividad de forma segura y/o la actividad es realizada por tercero”) y 1 “autónomo/funcional” (“realiza la actividad autónomamente de forma segura”).

La información requerida para completar la escala de evaluación se puede obtener a través de la observación directa de la ejecución de las actividades descritas anteriormente o a través de una entrevista al propio usuario o a una persona que conozca su funcionamiento. La duración de la recogida de los datos depende de la manera en que se obtenga la información, pudiendo ir de 20 min a 1 hora.

En lo relativo a las propiedades psicométricas, las dos subescalas que forman la escala (actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales) y el

global de la valoración de actividades básicas de la vida diaria e instrumentales cumplieron el criterio Alpha de Cronbach > 0.7 ⁽⁵¹⁾. (Anexo III)

3.1.3. Recursos materiales y humanos

Los recursos físicos necesarios para llevar a cabo la intervención van a depender de la fase de la intervención en la que nos encontremos. Durante la primera fase la intervención se llevará a cabo en el Centro Sociosanitario el Pino. Para su ejecución será necesaria una sala amplia equipada con una mesa de trabajo y una silla por cada uno de los participantes, un ordenador, un proyector y material de papelería. Así mismo, será necesaria una sala que permita el movimiento libre de los perros y la realización de juegos y actividades para los que se requerirá material para mascotas (arnés para perro, correas, pelotas, cama, toallas, saco de comida, champú para perro, peine para perro).

Durante la segunda fase del programa, la intervención se llevará a cabo en el Albergue Insular de Animales de Gran Canaria. Además de los recursos anteriores, se hará uso de las instalaciones del Albergue Insular de Animales de Gran Canaria, así como de recursos comunitarios como tiendas donde comprar comida para los animales y diferentes materiales que puedan necesitar o el uso de transporte público de la ciudad

Por último, la tercera y última fase se realizará en Centro Sociosanitario El Pino y en el entorno de la comunidad. Para esta fase será necesario un espacio dentro de la residencia habilitado para un perro, y todo el material y recursos necesario para su cuidado (correa, collar, pienso, comedero...). Así mismo se hará uso de los otros recursos comunitarios necesarios para el cuidado de la mascota (Veterinario, transporte público, tienda de animales...).

En cuanto a los recursos humanos serán necesarias la participación de la terapeuta ocupacional y la psicóloga del Centro Sociosanitario el Pino, dos técnicos de TAA del centro ATAPGC, dos perros pertenecientes al centro ATAPGC y trabajadores del Centro Insular de Animales de Gran Canaria así como el perro que será adoptado en la tercera fase de la intervención.

3.1.4. Consideraciones éticas

A la hora de llevar a cabo la intervención se tendrá en cuenta una serie de consideraciones éticas y legales tomando como documento de referencia el Código

Deontológico de Terapia Ocupacional con el fin de regular el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional ⁽⁴¹⁾.

Durante todo el proceso de intervención, se tendrán en cuenta los principios éticos de autonomía, no maleficencia, justicia y máxima beneficencia, aportando los conocimientos de la disciplina y del terapeuta ocupacional ⁽⁴¹⁾.

De acuerdo con la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales requeridos para el desarrollo de la intervención serán guardados en total y estricta confidencialidad y siempre respetando la confidencialidad de los usuarios ⁽⁴²⁾. Por otro lado, se desarrolla un consentimiento informado por escrito que refleja los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados en la intervención de acuerdo con la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente en Materia de Información y Documentación Clínica. Así mismo, se informará de forma verbal a los participantes sobre su derecho a negarse a la intervención, así como de revocar su consentimiento en cualquier momento ⁽⁴³⁾.

Para el desarrollo de todo el proceso de intervención no se tendrán en cuenta consideraciones en relación con el género de los usuarios en lo que concierne el proceso de la implementación de la intervención, en relación a la obtención de datos durante la evaluación o durante la valoración de los resultados.

Se hará referencia al grupo de usuarios utilizando el género masculino sin ningún tipo de distinción a la hora de incluir a ambos sexos.

3.1.5. Consideraciones éticas sobre los animales en terapia

En relación con el uso de animales dentro del proceso de rehabilitación existe una contraposición de intereses entre los beneficios que estos pueden aportar y los posibles efectos negativos hacia las mascotas. Desde un punto de vista ético, se considera que solo resultan problemáticas las relaciones entre personas y animales cuando existe un conflicto entre los intereses de ambos. Esta situación puede darse cuando el uso por parte de las personas causa dolor, miedo o daño al animal, o si de alguna manera imposibilita que el animal satisfaga sus propias necesidades. Para evitar estas situaciones existen unos principios éticos para la utilización de animales de terapia que se tendrán en cuenta a la hora de llevar a cabo la intervención ⁽⁴⁴⁾:

- Se evitará por todos los medios que animal sufra algún tipo de dolor, abuso o malestar ya sea físico o mental.
- Se asegurará siempre los cuidados sanitarios adecuados para el animal por medio de la supervisión directa de los profesionales del centro.
- Se habilitará un lugar tranquilo donde el animal pueda tener tiempo para estar alejado de la terapia.
- Se determinará un horario que determine las interacciones con los pacientes permitiendo que animal tenga varias veces al día tiempo para momentos de descanso y de recreo y pueda servir de agente terapéutico útil pueda mantener sus capacidades.
- No se permitirá nunca que el animal se encuentre sometido a una situación de abuso o estrés, a excepción de que sea necesario para evitar una lesión grave o daño sobre una persona.
- Siempre que una intervención resulte estresante para el animal el terapeuta suspenderá la interacción con el animal.
- Si existe una situación en la que una persona abuse del animal, de manera intencional o no se respetarán las necesidades básicas del animal, y si es necesario se finalizará la interacción o la relación del animal con la persona. Si una profesional sospecha que una persona puede estar causando un abuso sobre animal, se pondrán todos los medios para proteger el bienestar y los derechos del animal.

4. PLAN DE TRABAJO

El plan de intervención se llevará a cabo en tres fases diferentes. Cada una de estas fases tiene unos objetivos y unas demandas concretas acordes tanto al nivel volicional de cada usuario como a las capacidades de habituación y de desempeño que el usuario tiene en cada momento.

- Primera fase: Esta fase se desarrollará en el entorno de la propia residencia. Durante esta fase los usuarios recibirán la visita de dos técnicos del centro ATAPGC para el desarrollo de diferentes sesiones que permiten adquirir el conocimiento básico para el cuidado de un perro.
- Segunda fase: Durante la segunda fase se realizará la visita al Albergue Insular de Animales de Gran Canaria con el acompañamiento de los técnicos de ATAPGC

y la terapeuta ocupacional del centro. Esta fase requiere de un compromiso mayor que la anterior para los cuales se requerirá un avance en el nivel volitivo de los usuarios.

- Tercera fase: En la tercera y última fase se procederá, si los profesionales del centro junto a los técnicos de ATAPGC así lo consideran, a la adopción de una mascota. Esta fase requiere de la adquisición de una serie de conocimientos acerca del cuidado de los animales, así como un compromiso de los propios usuarios para cuidar del animal y de ellos mismos.

El plan de intervención está diseñada por la terapeuta ocupacional con la colaboración del resto de profesionales de la residencia. Estos serán también los encargados de llevar a cabo la evaluación de la intervención. Las diferentes actividades y sesiones llevas a cabo están diseñadas en conjunto con dos técnicas del centro ATAPGC

4.1. Plan de intervención

1º FASE. Motivación y enganche

La primera fase tendrá una duración tres meses. Durante esta fase se pretenden proporcionar experiencias exploratorias gratificantes en un ambiente seguro, reforzante y en consonancia con los valores y las preferencias de cada usuario, con el fin de lograr un incremento en el sentimiento de eficacia que le permita incrementar su competencia, interés y participación en actividades.

El objetivo general de esta fase es incrementar el nivel volicional de los usuarios hacia la participación en actividades relacionadas con perros que permitan adquirir una buena adherencia a la intervención.

Como objetivos específicos se establecen los siguientes:

- Crear un ambiente seguro que permita el acercamiento físico a los animales.
- Generar experiencias positivas y gratificantes que permitan fomentar el interés personal hacia el contacto con los perros.
- Aumentar el conocimiento y las habilidades sobre el cuidado de los perros.
- Concienciar sobre la importancia de mantener hábitos y rutinas saludables para el cuidado de un perro.

- Concienciar sobre la importancia de mantener un equilibrio ocupacional en todas las áreas ocupacionales para el cuidado de las mascotas.

Metodología: Durante esta fase los usuarios recibirán la visita de dos técnicos del centro ATAPGC acompañados de 2 perros mediante los cuales se realizarán las sesiones. Así mismo, durante la realización de las sesiones estará presente la terapeuta ocupacional o la psicóloga del centro en función de los objetivos a trabajar en cada sesión.

Las principales estrategias utilizadas en fase serán la facilitación de la participación a través del uso terapéutico del ambiente y de la relación con animal, el uso de actividades significativas y la relación terapéutica durante las sesiones.

Con el fin de facilitar la participación de los pacientes y fomentar la motivación y el enganche al programa esta fase se llevará a cabo en la propia residencia. Así pues, durante las primeras sesiones se buscará un ambiente conocido para los usuarios donde ellos se sientan seguros para participar con sesiones de corta duración y con un carácter menos activo y lúdico. Conforme los usuarios avancen en el continuo volicional y vayan adquiriendo habilidades y conocimientos acerca del cuidado de los animales se irán introduciendo sesiones con mayores demandas por parte de los usuarios que permitan al mismo tiempo aumentar la autoeficacia en el cuidado de un perro.

En esta fase se realizarán actividades teóricas destinadas a desarrollar el aprendizaje sobre el cuidado de los animales y actividades prácticas dirigidas a trasladar estos aprendizajes a la práctica junto a un animal. Las sesiones teóricas tendrán lugar en horario de mañana mientras que las prácticas se realizarán en horario de tarde. A continuación, se describen de manera breve las sesiones llevadas a cabo.

- **Sesiones teóricas sobre el cuidado y educación de los perros:** estas sesiones se llevarán a cabo en una sala de actividades de la residencia. Durante las sesiones se utilizarán medios audiovisuales que permitan facilitar la comprensión de los conocimientos. Así mismo, estarán presente los dos perros del centro ATAPGC. Las sesiones tendrán una duración de 45 minutos aproximadamente. En estas sesiones se busca por un lado ofrecer la oportunidad de mejorar al conocimiento sobre el cuidado de los animales permitiendo de esta manera mejorar la autoeficacia sobre el cuidado de estos, y por otro se busca relacionar las

necesidades del perro con los hábitos diarios de una persona, fomentar la responsabilidad sobre el animal y sobre los cuidados de uno mismo.

Se desarrollarán los siguientes contenidos teóricos.

- **Sesión 1:** Explicación del programa de intervención.
- **Sesión 2:** Salud y cuidados básicos de los perros.
- **Sesión 3:** Beneficios que aportan los perros a la salud de las personas.
- **Sesión 4:** Razas y características de las diferentes razas de perros.
- **Sesión 5:** Estado de salud y bienestar del animal. Revisión del estado de salud del perro. Importancia de acudir al veterinario.
- **Sesión 6:** Relación entre la propia salud y la salud del perro. ¿Qué pasa si no llevo un control de la salud de mi perro? ¿Y de la mía propia?
- **Sesión 7:** Hábitos alimenticios: importancia de las dosis y el tipo de pienso, problemas derivados del sobrepeso, etc. ¿Como debe ser la alimentación de un perro? ¿Cómo debe ser nuestra alimentación? Importancia sobre los hábitos alimenticios del perro y los nuestros y las consecuencias para la salud.
- **Sesión 8:** Hábitos de higiene: cepillado de dientes diario, frecuencia del baño, cepillado de pelo, revisión de oídos, ojos, boca. Importancia sobre los hábitos de higiene del perro y los nuestros y las consecuencias para la salud.
- **Sesión 9:** Rutinas y socialización del perro: horario de paseos, como relacionarse con otros perros, a que lugares puedo ir con mi perro. Importancia de la socialización del perro y de la nuestra y las consecuencias para la salud.
- **Sesión 10:** Actividad física y juego. Que ejercicios y juegos podemos hacer con nuestro perro. Importancia de la actividad física y el juego en el perro y en la nuestra y las consecuencias para la salud de no realizar actividad física.
- **Sesión 11:** Descanso y sueño. Importante del descanso y el sueño de un perro. Como influye las horas de sueño en el perro. Importancia de una buena rutina de descanso y sueño en el perro y en la nuestra y consecuencias para la salud.
- **Sesión 12.** Equilibrio ocupacional y rutinas. Importancia de las rutinas en la vida del perro y en la nuestra y las consecuencias de la salud.

- **Sesión 13:** Educación canina: Introducción a la educación canina. Importancia de la educación en el perro y las normas sociales en el perro y en las personas.
 - **Sesión 14:** Lenguaje corporal y señales de calma. Cuando un perro está contento y no ansioso, enfadado, asustado, cansado...Lenguaje corporal en las personas.
 - **Sesión 15:** Comportamientos, señales y premios en la educación canina. Entrega correcta de recompensas: cuando, cómo y dónde entregarlas. ¿Qué tipo de recompensas tenemos las personas, cuando?
 - **Sesión 16:** Manejo adecuado de correa en los paseos.
 - **Sesión 17:** Conceptos básicos en tenencia responsable de perros.
 - **Sesión 18:** Obligaciones, deberes y derechos I: lugares donde ir suelto, atado, calendario de vacunación, limpieza en la ciudad de la conducta higiénica del perro, etc.
 - **Sesión 19:** Obligaciones, deberes y derechos II: Como adoptar un animal.
 - **Sesión 20:** Repaso y dudas de los conocimientos adquiridos.
- **Sesiones prácticas para el acercamiento físico a los animales:** Estas sesiones se realizarán los martes y los viernes en horario de mañana con una duración aproximada de 45 minutos. Las primeras sesiones se desarrollarán en una de las salas de actividades de la residencia con el fin de ofrecer un espacio seguro para los usuarios. Posteriormente se utilizarán las zonas del exterior del centro y por último, se realizarán salidas por alrededor del centro. Las sesiones estarán dirigidas por los profesionales de la protectora junto con la supervisión de la terapeuta ocupacional del centro y la psicóloga en función de los objetivos a desarrollar.

El objetivo principal de estas sesiones es empezar a generar vínculo con los animales y poner en práctica los conocimientos adquiridos durante las sesiones teóricas. En todo momento, los participantes serán supervisados y apoyados por el equipo. Durante estas sesiones practicas se realizará un repaso de lo que se ha aprendido en las sesiones teóricas y en los días previos.

Las actividades practicas se dividirán en tres bloques con las sesiones que se describen a continuación:

- Primer bloque: Contacto y acercamiento con los perros. Las sesiones de este bloque están dirigidas a entrar en contacto con los animales. A

través de estas sesiones se busca involucrar a los pacientes en diferentes actividades y juegos que permitan promover la integración grupal a través de los perros. El objetivo principal es la creación de experiencias positivas que permitan al usuario avanzar en el continuo volicional a medida que la persona vaya aumentando el interés por el contacto con el animal. Todas las actividades estarán adaptadas a las capacidades de cada usuario con el fin de ir aumentando su causalidad personal y no crear frustración o falta de intereses con el consecuente abandono de la actividad.

- **Sesión 1:** Durante la primera sesión se llevará a cabo una primera toma de contacto de los perros con los usuarios mediante una presentación con el fin de conocer el funcionamiento del grupo y el comportamiento y las aptitudes con los animales. Así mismo, se aclararán dudas que pudieran surgir acerca de los perros.
- **Sesión 2:** Se realizarán diferentes actividades de juego que permitan el contacto físico con los perros con el fin de desarrollar un vínculo afectivo entre el usuario y el perro y disminuir la posible tensión inicial que pueden generar los primeros contactos con los animales.
- **Sesión 3:** En esta sesión se continuará aumentando la confianza entre los usuarios y los animales mediante actividades deportivas que permitan ayudar a reforzar el vínculo de la persona con el animal. Para ello en esta sesión se realizarán diferentes juegos con pelotas que permitan interactuar con el animal.
- **Sesión 4:** Durante la cuarta sesión se realizarán juegos que permitan promover la comunicación verbal y las habilidades sociales de los usuarios entre ellos y la comunicación con los animales. Para ello en esta sesión se llevarán a cabo diferentes juegos con palos y lazos interactuando con todo el grupo de tal modo que se facilite la comunicación verbal y la interacción entre todos los usuarios a través de los animales.

- **Sesión 5:** En la quinta sesión se realizarán juegos y saludos con los animales que favorezcan la interacción con los animales y entre los residentes.
- **Sesión 6:** En la última sesión se llevarán a cabo juegos que permitan aprender a interpretar el lenguaje del perro y compararlo con el lenguaje humano.
- Segundo bloque: Cuidados del animal. En este segundo bloque se desarrollarán y entrenarán las habilidades necesarias para llevar a cabo una correcta higiene y cuidado de salud de los perros.
 - **Sesión 7:** Aprender a realizar un reconocimiento del estado de salud y bienestar del perro.
 - **Sesión 8:** Aprender a revisar las zonas más sensibles de los perros como la temperatura de la nariz para saber si se encuentra calmado o estresado en ese momento, los oídos para ver si tienen suciedad, los dientes para ver el posible sarro acumulado, revisar el estado de las almohadillas...
 - **Sesión 9:** Se realizará un baño completo del animal, cepillado del pelo y corte de las uñas.
 - **Sesión 10:** Se realizará una revisión y limpieza de orejas, ojos y cepillado de la boca del animal.
- Tercer bloque. Entrenamiento. En este tercer bloque se enseña a los usuarios como llevar a cabo un adecuado entrenamiento de los animales. Las sesiones a desarrollar son las siguientes:
 - **Sesión 11.** Enseñar y practicar la orden de “Prestar atención”.
 - **Sesión 12.** Enseñar y practicar la orden de “La llamada”
 - **Sesión 13.** Enseñar y practicar la orden de “Sentarse”
 - **Sesión 14.** Enseñar y practicar la orden de “Tumbarse”
 - **Sesión 15.** Enseñar y practicar la orden “Tranquilizarse”
 - **Sesión 16.** Enseñar y practicar la orden de “A tu sitio”
 - **Sesión 17.** Enseñar y practicar la orden de “Saludo”
 - **Sesión 18.** Enseñar y practicar a “Colocar diferentes tipos de bozal, arneses y correas”

- **Sesión 19.** Enseñar y practicar la orden de “Caminar con correa”
- **Sesión 20.** Enseñar y practicar la orden de “Quieto”

2ºFASE. Colaboración en la Protectora de Animales de Gran Canaria

Durante esta fase se comenzará con un voluntariado en el Albergue Insular de Animales de Gran Canaria con el fin de crear oportunidades ocupacionales dentro del entorno comunitario.

Los objetivos en esta fase serán:

- Fomentar la participación y autonomía en las de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Facilitar la participación y autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- Potenciar las habilidades sociales y fomentar la participación social en un entorno comunitario.
- Promover la adquisición de nuevos roles ocupacionales.
- Fomentar la creación de hábitos y rutinas saludables

Metodología: La segunda fase tendrá una duración de 3 meses. Durante esta fase los usuarios visitarán el Albergue Insular de Animales de Gran Canaria con el fin de realizar funciones de voluntariado.

En primer lugar, se enseñará el albergue, las distintas instalaciones, las funciones que realizan y su importancia. Durante las primeras visitas los usuarios podrán conocer todos los perros. Posteriormente, cada usuario seleccionará uno de los perros del cual será el encargado de supervisar todos sus cuidados.

Entre las funciones a realizar en el albergue estarán:

- Limpieza de jaulas e instalaciones.
- Cuido de salud e higiene del perro
- Darle la comida y el agua
- Compra de alimentos
- Paseos
- Practica de entrenamiento

- Participación en la recolección de alimentos cuando se celebran

Metodología: A continuación, se explica la metodología seguida para la consecución de los objetivos planteados anteriormente.

- ❖ Fomento de habilidades para el desempeño de ABVDs.
 - Vestido: Durante todo el proceso que dure el voluntariado en el albergue se incidirá en la importancia de llevar a cabo una adecuada higiene personal. Antes de acudir al albergue se incidirá en la importancia de llevar a cabo una ropa cómoda adecuado para el trabajo con los animales, así como en el cambio de ropa a la vuelta del albergue. Así mismo, se trabajará el vestido a través de las diferentes salidas que sean necesarias en esta fase (compras para los animales, paseos por la comunidad, asistir a la recolección de alimento...).
 - Aseo personal y baño: Al igual que con el vestido antes de acudir al albergue se incidirá en la importancia de llevar un buen aseo personal, así como en el aseo y baño luego de acudir de la actividad con los perros con el fin de asegurar una correcta higiene personal.
- ❖ Fomentar las habilidades para el desempeño de AIVD:
 - Movilidad en la comunidad y uso de transporte público: Durante las primeras sesiones se entrenará con los usuarios el uso del transporte público con el fin de lograr la autonomía en el desplazamiento desde la residencia hasta el albergue haciendo uso de su “Bono guagua”. Así mismo se utilizará el transporte público para realizar cualquier compra necesaria para el albergue fomentando el conocimiento de las rutas y líneas más comunes que puedan necesitar. Así mismo, durante el proceso de intervención se trabajará con los usuarios la movilidad en la comunidad enseñando diferentes lugares donde poder pasear y jugar con los perros.
 - Uso de recursos comunitarios: Se hará uso de la biblioteca pública con el fin de recoger información sobre las distintas razas de perros que están en el albergue y fomentar así el conocimiento y el interés sobre los perros. Así mismo, se les enseñaran diferentes parques para perros donde poder acudir con el perro, clínicas de veterinario, tiendas de animales y otros recursos comunitarios que pudieran necesitar.
 - Compras y uso del dinero: Se promoverá la autonomía en las compras a través de la compra de diferentes materiales y comida que puedan necesitar para los

animales en el albergue. A través de estas compras también se pretende fomentar el uso del dinero de manera autónoma. Por otro lado, cada usuario tendrá que hacerse cargo de la recarga de su bono guagua y gestionar ese dinero para poder acudir al albergue.

- ❖ **Creación de hábitos y roles:** A través de la participación en el programa se facilita la creación de una rutina diaria saludable. Con la participación en una actividad como la de asistir al albergue se busca la creación y organización de una rutina diaria y la adquisición de unos hábitos saludables. Así mismo, esta participación facilita la adquisición y reconocimiento por parte del usuario de roles como el de voluntario, cuidador de un animal, amigo o compañero mediante la realización de actividades con sus compañeros que a su vez ayuda a mejorar la percepción de habilidades y aceptación de responsabilidades. La creación de estos hábitos y roles alejará al usuario del rol del enfermo y de las rutinas pasivas en las que actualmente participan.
- ❖ **Potenciar las habilidades sociales y fomentar la participación social** en un entorno comunitario. A través de la participación en el voluntario se brinda a los usuarios la oportunidad de participar en experiencias sociales dentro de un entorno comunitario y normalizado que permiten disminuir el aislamiento y mejorar sus vínculos sociales fuera del entorno de la residencia. La presencia de los animales es un facilitador que va a fomentar las interacciones sociales entre los usuarios y promueve la comunicación entre estos.

3º FASE. Adopción de perro en la residencia.

Previo al inicio de esta fase se llevará a cabo una evaluación de los pacientes por parte de la terapeuta ocupacional, la psicóloga y los técnicos de TAA del centro ATAPGC con el objetivo de asegurar que los usuarios cumplen con las condiciones necesarias para la adopción de una mascota mediante una entrevista. A pesar de los requisitos de esta evaluación previa para la adopción del perro, este será adoptado por el centro, con el fin de asegurar siempre el bienestar físico y psicológico del animal.

La adopción se realizará por medio de la asociación Affinity y el centro ATAPGC. Estos serán los encargados de evaluar el perro y las condiciones del centro para asegurar el cuidado y bienestar del animal. Siguiendo las pautas de estas asociaciones, para la adopción de un perro de terapia, se tendrá en cuenta aspectos como el temperamento y carácter del perro, los antecedentes, posibles conductas agresivas previas a la adopción, presencia de miedo o dificultades para la interacción social.... Se considera esencial que

el perro sea tranquilo, seguro, predecible, pacífico y equilibrado. Su carácter debe de ser alegre, cariñoso y sociable. En esta valoración se tendrá en cuenta la raza que mejor se adapte a los usuarios, prefiriendo aquellas que tiendan a mostrar un nivel de actividad controlable y un potencial de entrenamiento adecuado ⁽²³⁾.

Los objetivos que se buscan en esta fase son similares a los de la fase anterior:

- Concienciar sobre la importancia de las ABVD
- Concienciar sobre la importancia de las AIVD
- Potenciar las habilidades sociales y fomentar la participación social.
- Promover la adquisición de nuevos roles ocupacionales.
- Fomentar la creación de hábitos y rutinas saludables

Metodología: Durante esta fase los usuarios seguirán visitando el Albergue Insular de Animales de Gran Canaria como voluntarios con el fin de mantener una rutina diaria ligada a una actividad significativa. Así mismo, tras la adopción del perro se llevará a cabo un calendario para asegurar la participación de todos los usuarios en los cuidados de este. El cuidado del perro será responsabilidad de los seis participantes en el programa con la supervisión constante de la terapeuta ocupacional.

Las actividades que se realizarán serán las siguientes:

- Alimentación: Cada día de la semana será responsabilidad de un usuario encargarse de darle de comer al perro. La alimentación se realizará durante la mañana y durante la tarde.
- Paseos: Cada día corresponde a uno de los usuarios realizar este paseo en el cual podrán invitar a cualquier compañero de la residencia para que le acompañe. En estos paseos irán acompañados de la terapeuta ocupacional o de algún auxiliar del centro.
- Actividad deportiva y juego: Se implicará al animal en las sesiones de actividad física con los usuarios facilitando la participación de los usuarios en la actividad.
- Cuidados del perro:
 - Control veterinario
 - Higiene del perro
 - Limpieza de la zona del perro
- Compras: Los usuarios serán los responsables de comprar la comida y otros materiales necesarios del animal.

A través de las diferentes tareas de cuidado y actividades se facilitará la orientación temporal, así como la generación de hábitos y rutinas dentro de la vida de los usuarios. Las actividades enmarcadas dentro del entorno comunitario facilitan la participación social y promueve las interacciones sociales entre los usuarios. Así mismo, el cuidado de perro y control de su salud promueve el sentimiento de responsabilidad y el incremento de su autoestima lo cual está ligado a una mejora en el proceso de integración en la sociedad.

En esta fase se dará especial importancia al área de descanso y sueño en la vida del animal. Así pues, los usuarios tendrán que respetar los horarios de descanso del perro para asegurar su salud física y psicológico de este. De esta manera se buscará concienciar a la vez sobre la importancia de un buen descanso en las personas.

El trabajo de las AVDs se abordará a través de las demandas del cuidado del propio animal mediante el desarrollo de las actividades de cepillado, alimentación, aseo, juego... así como a través del trabajo individual con cada usuario por medio de la concienciación sobre la importancia de mantener una adecuada rutina dirigida hacia las AVD para asegurar los cuidados propios y del animal. De esta manera se establecerá con los usuarios la necesidad de cumplir una adecuada rutina dentro del área de las ABVD y AIVD para poder participar en las actividades desarrolladas con el perro.

4.2. Desarrollo del plan de intervención

El programa cuenta con tres fases en función del nivel volicional de los usuarios. Así mismo, se incluye una fase previa dirigida a la preparación del entorno físico, los animales y los usuarios. En función de cada fase se llevarán a cabo diferentes horarios que se muestran a continuación.

FASE PREVIA

En esta fase se realizarán dos visitas de los profesionales de ATAPGC con el objetivo de preparar el entorno físico para el trabajo con los perros y presentarse a los usuarios. Así mismo, el equipo técnico acudirá dos días a las zonas destinadas para la realización de las sesiones con el propósito de que los animales se habitúen al espacio que será nuevo para ellos y observar su comportamiento.

En esta fase se realizarán las evaluaciones de los participantes para obtener las medidas pretest.

FASE 1. Exploración

Durante la primera fase las sesiones se llevarán a cabo cuatro sesiones semanales dos en horario de mañana de 10:00 a 10:45 correspondiente al aprendizaje teórico y dos sesiones en horario de tarde de 16:00 a 16:45 donde se desarrollarán las sesiones practicas con los perros. Con el fin de ir fomentando los intereses y valores de los usuarios hacia la actividad las sesiones que se realicen serán de corta duración adaptando el tiempo de estas a la participación de los usuarios. Conforme los usuarios vayan mostrando más interés en la actividad, mejorando la causalidad personal y vayan avanzando en el continuo volicional se irá incrementando el tiempo de las sesiones. Estas sesiones tendrán una alta estructuración y estarán totalmente guiadas por los profesionales con el fin de evitar imprevistos que puedan alterar la causalidad personal de los usuarios. Así mismo estas sesiones se realizarán en el entorno de la residencia con el fin de ofrecer un entorno conocido para los usuarios que facilite la participación.

	Lunes	Martes	Miércoles	Viernes
10:00/10:45		Sesión teórica		Sesión teórica
16:00/16:45	Sesión práctica		Sesión práctica	

TABLA 1. HORARIO FASE I

FASE 2. Competencia

Durante esta fase se aumentará tanto el tiempo de las sesiones como los días y con menos estructuración de las sesiones por parte de los profesionales, con el fin de ir creando hábitos y rutinas en los usuarios, así pues, se llevarán sesiones a diario de lunes a viernes es en horario de mañana desde las 9:00 hasta las 12:30.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:30	Transporte al albergue	Transporte al albergue	Transporte al albergue	Transporte al albergue	Transporte al albergue

9:00-9:30	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
9:30-10:30	Limpieza de jaulas e instalaciones	Limpieza de jaulas e instalaciones	Limpieza de jaulas e instalaciones	Limpieza de jaulas e instalaciones	Limpieza de jaulas e instalaciones
10:30-11:30	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo	Paseo
11:30-12:30	Entrenamiento perro	Entrenamiento perro	Entrenamiento perro	Entrenamiento perro	Entrenamiento perro

TABLA 2. HORARIO FASE II

FASE 3. Logro

Por último, en la fase tres las intervenciones se realizarán a diario y durante todo el día. El horario en este módulo será orientativo y se adaptará las diferentes actividades en las que participen los usuarios integrando estas actividades en su vida diaria.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingos
9:30	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro
10:00-13:00	Visita albergue	Visita albergue	Visita albergue	Visita albergue	Visita albergue	Limpieza de la zona del perro	Cuidado de la higiene del perro
18:00-19:00	Compras, veterinario, otros...	Paseo/actividad física	Paseo/actividad física	Paseo/actividad física	Paseo/actividad física	Paseo/actividad física	Paseo/actividad física

20:00	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro	Alimentación perro
--------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

TABLA 3. HORARIO FASE III

4.3. Cronograma

El programa de intervención tendrá una duración de nueve meses comenzando en noviembre de 2021 y finalizando en julio de 2022. Cada una de las fases tendrá una duración de tres meses. Durante la primera semana de la intervención se llevará a cabo la valoración de los usuarios que participan a través de las escalas indicadas anteriormente, así como la visita de los técnicos del centro ATAPGC. Así mismo, en cada cambio de fase se realizará una valoración de los usuarios a través de las escalas utilizadas en el pretest con el fin de observar los cambios y objetivos conseguidos y las modificaciones necesarias en el plan de intervención. Al finalizar la intervención, durante la última semana se llevará a cabo una evaluación final que permita observar los cambios obtenidos tras la intervención. En función de estos resultados y de la adaptación del perro y de los usuarios se decidirá si se continúa con la fase tres del programa.

A continuación, se muestra un cronograma que muestra el proceso de intervención de cada fase:

5. VIABILIDAD DE LA PROPUESTA

Existe una serie de aspectos que podrían condicionar la viabilidad de la propuesta como pueden ser el compromiso de participación por parte del Albergue Insular de Animales de Gran Canaria para aceptar la participación como voluntarios de los usuarios. En relación a los materiales necesarios en el programa estos serán financiados por la residencia a través del presupuesto anual cedido por el Cabildo de Gran Canaria. Las escalas utilizadas en la evaluación son de acceso libre, por lo que no supone ningún coste adicional.

Otro aspecto condicionante para la realización de la propuesta de intervención es la respuesta de los usuarios a la hora de relacionarse con los perros. Aunque la TAA se presenta como un factor motivador a la hora de facilitar la participación podemos encontrarnos con sentimientos de rechazo de los usuarios hacia los animales.

En relación con la adopción de la mascota por parte de la residencia podemos encontrarnos con problemas a la hora de adaptar el centro a las condiciones necesarias de convivencia de los animales y los usuarios.

Por último, destacar que la intervención que se llevará a cabo no supone perjuicio para la integridad física, mental, moral o social de los usuarios ni de los animales al tratarse de actividades supervisadas y adaptadas a la capacidad de cada usuario.

6. RESULTADOS ESPERADOS

El presente trabajo surgió como respuesta a las necesidades observadas en los usuarios de la residencia de salud mental del Centro Sociosanitario el Pino, en relación con el desequilibrio ocupacional existente en la participación en las diferentes áreas ocupacionales.

A lo largo de la primera fase de la intervención, se prevé que el uso de la TAA facilite el desarrollo de la motivación necesaria para que se produzca el compromiso con el proceso de rehabilitación. Mediante la creación de espacios y experiencias prácticas positivas adaptadas a las características personales se pretende ofrecer la exploración y descubrimiento de actividades significativas y de interés personal. Mediante la supervisión y retroalimentación del desempeño ocupacional diario, se pretende favorecer el interés por la

participación ocupacional en las diferentes áreas de desempeño posibilitando la creación y adquisición de hábitos y rutinas saludables ⁽²⁰⁾. De esta manera, a través de la TAA se ofrece la oportunidad de encontrar actividades significativas y potenciar, a través de las mismas, el desarrollo y la adquisición de habilidades personales, sociales y la adquisición de roles para lograr una participación plena en la sociedad facilitando una recuperación a largo plazo.

Entre los beneficios esperables en la segunda fase de la intervención a través de la participación en el voluntariado se prevé la adquisición de una rutina diaria favoreciendo la participación y el desempeño ocupacional en una actividad significativa que permitan lograr un pleno desarrollo personal; la creación de una identidad personal; la recuperación de hábitos y rutinas saludables; la adquisición de un rol normalizado y socialmente aceptado, facilitando la inclusión social, potenciando la autonomía personal, fortaleciendo sentimientos de independencia y mejorando los sentimientos de autoeficacia y de reconocimiento social.

Por último, en la tercera y última fase se prevé que los usuarios mantengan las habilidades aprendidas e integren en su vida diaria los hábitos, rutinas y roles adquiridos durante la intervención manteniendo una participación activa en las diferentes áreas ocupacionales.

7. CONCLUSIONES

En este proyecto se presenta una intervención de 9 meses de intervención para dar respuesta a las necesidades presentes en la Residencia de Salud Mental del Pino en referencia al desequilibrio ocupacional presente en los usuarios.

Aunque los estudios que se han llevado a cabo sobre los programas de rehabilitación son poco específicos a la hora de establecer qué factores facilitan el equilibrio ocupacional la mayoría de los autores señalan que un aspecto fundamental es la presencia de sintomatología negativa y la escasa motivación para involucrarse en la rehabilitación.

Así pues, con esta propuesta de intervención se pretende el uso de la TAA como una terapia alternativa para el fomento de la motivación con el fin de potenciar el compromiso con la rehabilitación y con otras actividades ocupacionales. Para la realización de la intervención se tomarán como base teórica el MOHO junto con el Proceso Remotivacional y el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional.

La intervención planteada se divide en tres fases con el fin de ir aumentando las demandas ocupacionales en cada una de estas siguiendo los principios del Proceso Remotivacional. Así pues, la primera fase la intervención corresponde la exploración dentro del proceso remotivacional. En esta fase el objetivo principal se centra en fomentar el interés por la participación en actividades relacionadas con animales y la adquisición de habilidades y experiencias significativas positivas que aumenten la causalidad personal de los usuarios y el avance en el continuo volicional. La segunda fase correspondiente con el módulo competencia. En esta fase se busca la facilitación de hábitos, roles y rutinas a través de la participación en un voluntariado. Por último, en la tercera fase se pretende integrar dichas rutinas a la vida diaria de los usuarios.

La propuesta intervención planteada permite llevar a cabo una intervención de manera individualizada respondiendo a las necesidades presentes en cada usuario y nos permite trabajar, además, de manera grupal, por lo que es un método eficaz para la optimización del tiempo sin dejar de lado las características individuales dentro del proceso terapéutico. Este método de intervención permite observar detalladamente el proceso de evolución de cada usuario de manera particular permitiendo detectar las áreas donde se encuentran las dificultades para avanzar dentro del proceso de rehabilitación de cada persona.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1: Esquizofrenia [Internet]. Who.int. [citado el 3 de Julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- 2: National Institute of Mental Health, (2011). Esquizofrenia. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.
- 3: López S, Rubio C, Apestegui E, Gracia A, Berrueta L. M. Terapia Ocupacional en rehabilitación psicosocial. TOG. 2009; 6 (4):276–335.
- 4: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 2013; 5: 94-120
- 5: Serrano Cartón M, Serrano Carton C, Serrano Vázquez M. Factores pronósticos en la esquizofrenia. Revista de la asociación gallega de psiquiatria.
- 6: Garcia-Herrera Perez JM^a, Hurtado Lara M^o M, Noguereas Morillas EV, Quemada Gonzalez C, Rivas Guerrero JF, Galvez Alcaraz L. Guia de Practica Clinica para el tratamiento de la psicosis y la esquizofrenia. Manejo en atención primaria y salud mental. Malaga: Hospital Regional de Malaga. Servicio Andaluz de Salud, 2016.
7. Ansodi Arrieta M, Guerrero Gallo A, Siurana López S. Una intervención desde el Trabajo Social mediante la Terapia Asistida con perros en personas con esquizofrenia en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. Acciones e Investigaciones Sociales. 2016; (35): 31–62.
8. Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Berardo CG, Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. Schizophr Res. 2012;137(1–3):147–50.9:
- 9: Rocca P, Montemagni C, Zappia S, Piterà R, Sigaudò M, Bogetto F. Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. Psychiatry Res. 2014;218(3):284–9.
10. Ocaña Expósito L, Caballo Escribano C. Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [23 de julio de 2021]; 12(21): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original8.pdf>

11. Aznar Moya JA, Balanza Martinez P, Castillo Bueno M^a D, Martin Garcoa Sancho JC, Martinez Tudela I, Martinez-Artero M^aC, et al Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud, 2019.
12. Tizón JL. Entender las psicosis: Hacia un modelo integrador. Barcelona: Herde; 2013.
13. Hunter R, Barry S. Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment
14. Vázquez Temprano N. Desempeño ocupacional de personas con esquizofrenia desde una perspectiva cualitativa. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2011 [24 de julio de 2021]; Vol 8. Supl 7: 210- 235. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num7/desempeñocualitativa .pdf>
15. Miki Tobe TN, Naohisa Tsujino, Taiju Yamaguchi, Naoyuki Katagiri, Chiyo Fujii, Masafumi Mizuno. Characteristics of motivation and their impacts on the functional outcomes in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2016;65:103-9.
16. Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy* [Internet].2014; 68(1):11-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
17. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011; 65 (3): 267-76.
18. Bejerholm U. Occupational balance in people with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2010; 26 (1): 1-17.
19. Eklund M, Erlandsson LK, Leufstadius C. Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring occupational balance. *Journal of Occupational Science*. 2010; 17 (4): 231-238.
20. Crist P H, Davis C.G, Coffin PS. (). The Effects of employment and mental health status on the balance of work play/leisure, self-care, and rest. *Occupational Therapy Mental Health*. 2000; 15 (1): 27-42.

21. Antonín García-Mauriño P , Amado Luz L, Albert Babot M , Lacasa Saludas F , Álvarez Segura M. La aplicación de la Terapia Asistida con Animales en la salud mental infanto-juvenil. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2017; 9(2): 177-188.
22. Aplicabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y. of Human-Animal Interaction Organizations. The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and animal assisted activity and guidelines for wellness of animals involved. 2013.
24. Fuentes B, GallegoJ, Baza S, Martín N. Terapia asistida con perros como tratamiento rehabilitador en personas con esquizofrenia. 13° Congreso Virtual de Psiquiatría. 2012.
25. Hawkins E , Hawkins RD, Dennis M, Williams J M, LawrieS M. Animal-assisted therapy for schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Journal of psychiatric research*. 2019; 115: 51-60
26. Huertas M C, Nieves I R, Álvarez M. Desarrollo de la terapia asistida por animales en la psicología. *Informes Psicológicos*. 2014;14(2): 125–144.
27. Actividades y terapia asistida por animales desde la mirada del Modelo de Ocupación Humana. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2011;11(1): 29 - 36
28. Ávila Álvarez A. Terapia Asistida con Animales (TAA). Una experiencia del equipo de investigación internacional en técnicas no farmacológicas. 2016; 8(7): 146-155.
29. Vázquez L, Lista A. La terapia asistida con animales como parte de los programas de rehabilitación neuropsicológica. 2011. 15: 33-39.
30. Barak Y, Savorai O, Mavashev S, Beni A. Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;9: 439-442.
31. Kovacs Z, Kis R, Rozsa S, Rozsa L. Animalassisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation*. 2004; 18: 483-486.
32. Wilcock AA. A theory of occupation and health. In: Creek, J , ed. *Occupational therapy: new perspectives*; 1998.London.

33. Kielhofner G. En Volición en Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación. 4 edición. Buenos Aires:Médica Panamericana; 2011. p.32-50.
34. Kielhofner G. En Los Conceptos Básicos de la Ocupación Humana. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 4 edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p.11-23.
35. Eklund M, Argentzell E. Perception of occupational balance by people with mental illness: A new methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2016;23(4):304-313.
36. De las Heras C G, Geist R Li, Kielhofner, G. Manual del Usuario del Cuestionario Volicional. University of Illinois at Chicago. 1998
37. De las Heras CG, Llerena V, Kielhofner G. Proceso de Remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. Santiago de Chile: Reencuentros. 2003.
38. Smith N R, Kiehofner G, Watts J H. The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*. 1986; 40 (4): 278-83.
39. Oakley F, Kielhofner G, Barris R. Ther Role Cheklist: development and empirical assessment of reliability. *Occup Ther J Research*. 1988. 6: 157-170
40. Pellegrini M. Valoración de las Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales (VAVDI): Estudio de investigación clínica. Buenos aires: Alpha ocupacional. 2009.
41. Moreno L, Cunchillos A, García J. A, Navarro P, Ruiz M, Palomar M.L, Romano D. Código Deontológico de la Profesión de Terapeuta Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia [Internet]*. 2009; 6 (4): 469-485.
42. Boletín Oficial del Estado. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. [Ley 15 de 1999]. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

43: Boletín Oficial del Estado. Ley de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. [Ley 41 de 2002]. [Internet]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&p=20150922&tn=2>

44. Ristol F. Domènec E. (). Terapia Asistida con animales. I Manual práctico para técnicos y expertos en TAA. Barcelona: CTAC; 2011.

8. ANEXOS

Anexo I: CUESTIONARIO OCUPACIONAL

AUTORES: Nancy Riopel, 1981
Smith, Kielhofner y Watts, 1986

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

En este cuestionario se te pide que anotes tus actividades que usualmente realizas a diario y que contestes algunas preguntas relacionadas con estas actividades.

Primera Parte:

Trata de recordar como has pasado estos días en las últimas semanas y decide que es lo que usualmente haces durante un día de semana (lunes a viernes). En las próximas páginas encontrarás una hoja de trabajo donde vas a anotar todas las actividades que llevas a cabo cada media hora desde que te levantas hasta que te acuestas. Para cada media hora anota la actividad que usualmente llevas a cabo durante esa media hora. Una actividad puede ser cualquier cosa que hagas desde hablar con un amigo, hasta cocinar o bañarte. Si llevas a cabo una actividad por más de media hora, anótala de nuevo durante el tiempo que continúas con ella.

Segunda Parte:

Después que anotas tus actividades, contesta las cuatro preguntas para cada una de las actividades. Para cada actividad circula la letra que corresponde a la contestación más apropiada. La primera pregunta te pide que clasifiques la actividad como trabajo, tareas del diario vivir, recreación o descanso. Toma en consideración las siguientes explicaciones para clasificar la actividad.

Trabajo (T):

No necesariamente se limita a una actividad por la cual recibes pago. Puede incluir actividades productivas como el estudio y que sean de beneficio para otras personas, por ejemplo, ofrecer servicios voluntarios en un hospital.

Actividades del diario vivir (DV):

Se refiere a aquellas actividades que están relacionadas con tu cuidado propio tales como limpieza del hogar ó ir de compras.

Recreación (R):

Son aquellas actividades que te permiten pasarlo bien, distraerte. Pueden incluir fiestas, ir al cine, realizar alguna afición, etc.

Descanso (D):

Se refiere a no llevar a cabo ninguna actividad en particular recostarse ó acostarte a dormir una siesta.

La segunda, tercera y cuarta pregunta te pide que consideres:

- Cuan bien llevas a cabo esa actividad.
- Cuanta importancia tiene para ti esa actividad.
- Cuanto disfrutas el llevar a cabo esa actividad.

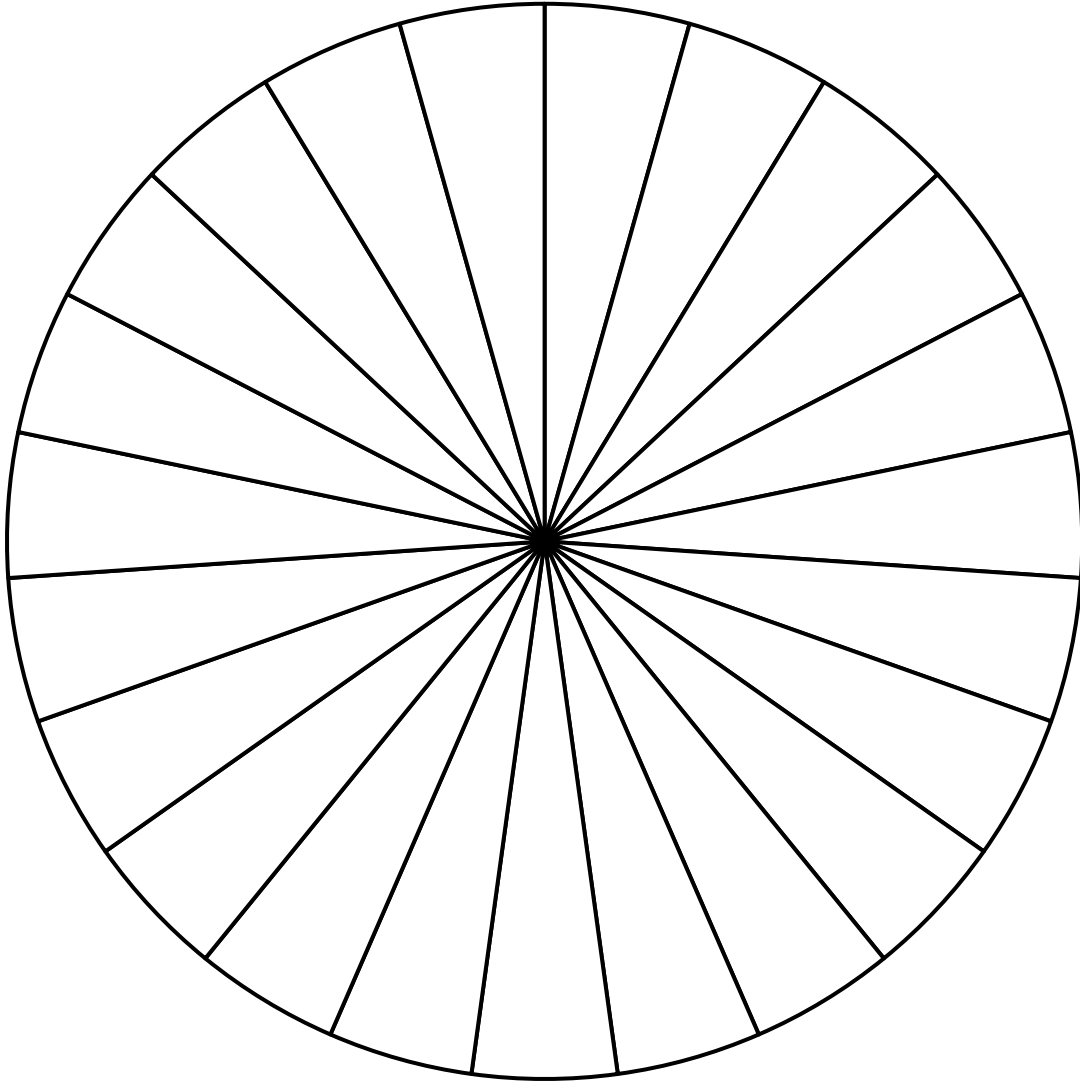
CUESTIONARIO OCUPACIONAL

Nombre:

Actividades que realizó cada media hora desde las:	<u>Pregunta n°1</u> Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				<u>Pregunta n°2</u> Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					<u>Pregunta n°3</u> Para mí, esta actividad es: 5.muy importante 4.importante 3.sin importancia 2.prefiero no hacerla 1.pérdida de tiempo					<u>Pregunta n°4</u> Cuanto disfrutas de esta actividad: 5-me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Actividades que realizó cada media hora desde las:	<u>Pregunta n°1</u> Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				<u>Pregunta n°2</u> Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo					<u>Pregunta n°3</u> Para mí, esta actividad es: 5- muy importante 4- importante 3- sin importancia 2- prefiero no hacerla 1- pérdida de tiempo					<u>Pregunta n°4</u> Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto				
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1 :00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1 :30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2 :00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2 :30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3 :00 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Ocupación diaria



Anexo II: Listado de roles

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha: _____
 Sexo : _____ Está ud.. Jubilado : _____

Listado de Roles

Estado civil: _ Soltero: __ Casado: _ Separado: _ Divorciado: _ Viudo: __

El propósito de este listado es identificar los diferentes roles que usted lleva a cabo. El listado presenta 10 roles y define cada uno de ellos.

PRIMERA PARTE: Al lado de cada rol indica con una marca de cotejo si tenías ese rol en el pasado, si tienes ese rol en el presente y si planeas ese rol en el futuro. Puedes marcar más de una columna para cada rol. Ejemplo: Si ofrecías servicios voluntarios en el pasado, en el presente no los ofreces, pero planeas en un futuro volver a ofrecerlos, marcarías entonces las columnas de pasado y futuro.

ROL	PASADO	PRESENTE	FUTURO
ESTUDIANTE: Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
TRABAJADOR: Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
VOLUNTARIO: Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
PROVEEDOR DE CUIDADOS: Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
AMA O AMO DE CASA: Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
AMIGO: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
MIEMBRO DE FAMILIA: Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO: Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
AFICIONADO: Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES: Participar en organizaciones tales como Club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol , Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
OTROS ROLES: _____ Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas.			

SEGUNDA PARTE: En esta parte están listados los roles anteriores. Al lado de cada rol, marca la columna que mejor indique cuan valioso o importante es ese rol para ti. Marca una respuesta para cada rol aunque lo hallas tenido ni pienses tenerlo.

ROL	No muy valioso y/o importante	Con algún valor y/o importancia	Muy valioso y/o importante
<u>ESTUDIANTE:</u> Asistir a la escuela a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>TRABAJADOR:</u> Empleado a tiempo completo o a tiempo parcial.			
<u>VOLUNTARIO:</u> Ofrecer servicios sin recibir paga alguna a algún hospital, escuela, comunidad, grupo político, etc. Por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PROVEEDOR DE CUIDADOS:</u> Tener la responsabilidad de cuidar niños, esposa/esposo, familiar o amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMA O AMO DE CASA:</u> Tener responsabilidad de tareas de limpieza de hogar o arreglo del patio, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>AMIGO:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con un amigo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>MIEMBRO DE FAMILIA:</u> Pasar algún tiempo y/o realizar alguna actividad con algún miembro de la familia tales como hijos, esposa/esposo, padres u otro familiar, por lo menos una vez por semana.			
<u>MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:</u> Participar e involucrarse en grupos o actividades afiliadas a alguna religión, por lo menos una vez por semana.			
<u>AFICIONADO:</u> Participar y/o involucrarse en algún pasatiempo o afición tal como coser, tocar algún instrumento, deportes, teatro, trabajo en madera o participar en algún club o equipo, por lo menos 1 vez por semana.			
<u>PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES:</u> Participar en organizaciones tales como club de Leones, Legión Americana, Asociación de fútbol, Alcohólicos Anónimos, asociaciones profesionales, etc. por lo menos 1 vez por semana.			
<u>OTROS ROLES:</u> Algún otro rol el cual haya realizado anteriormente, el cual realiza ahora o el cual planea realizar. Escriba el rol en la línea en blanco y marca las columnas apropiadas..... -----			

RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES

Nombre _____ Edad: _____ Fecha: _____ Sexo _____
_____ Jubilado

Jubilado:

Estado civil: __Soltero: __Casado: __Separado: __Divorciado: __Viudo:

ROL	Incumbencia Percibida			Valor asignado		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Alguno	Mucho
Estudiante						
Trabajador						
Voluntario						
Proveedor de cuidado						
Ama o amo de casa						
Amigo						
Miembro de familia						
Miembro activo de grupo religioso						
Aficionado						
Participante de organizaciones						
Otros						

Comentarios:

VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA e INSTRUMENTALES VAVDI

LISTADO DE ACTIVIDADES:

Actividades de la Vida Diaria (AVD): *“Actividades orientadas al cuidado de su propio cuerpo, son actividades fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar”* (adaptado de Christiansen y Hammeecker, 2001, p. 156).

- A. Bañarse, ducharse
- B. Cuidado del intestino y la vejiga
- C. Higiene y arreglo personal
- D. Vestirse
- E. Alimentación y modales en la mesa
- F. Movilidad funcional

Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI): *“Actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren más interacciones complejas de las utilizadas en las actividades de auto-cuidado utilizadas en las AVD”.* (3)

- G. Gestión de la comunicación
- H. Movilidad en la comunidad
- I. Manejo de finanzas
- J. Manejo y mantenimiento de la salud
- K. Establecimiento y manejo del hogar
- L. Preparación de la comida y limpieza
- M. Limpieza del toilette/baño
- N. Procedimientos de seguridad y respuesta a una emergencia
- Ñ. Mantenimiento de la ropa
- O. Compras

SECUENCIA PARA LA TOMA DEL VAVDI:

1. Realizar la observación del desempeño de las actividades de la vida diaria de la persona en un ambiente que sea familiar.
2. Realizar una entrevista semi estructurada al paciente, familiar o cuidador para ampliar la información.
3. Seleccionar y marcar el puntaje que mejor describa el desempeño del paciente, describir los aspectos más relevantes del contexto en cada actividad.
4. Ubicar los puntajes obtenidos en la planilla de diagnóstico VAVDI.
5. Realizar un informe descriptivo del desempeño y del contexto en el cual fue evaluado.

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL: Para poder realizar el diagnóstico del grado de autonomía alcanzado el terapeuta ocupacional debe volcar los datos en la escala de puntaje VAVDI y realizar perfil actual de desempeño. Realizar un informe / registro diagnóstico del nivel de desempeño, describir las características del contexto en el cual fue observado y grado de apoyo necesario según el nivel alcanzado en cada una de las actividades valoradas del VAVDI.

ESCALA DE PUNTAJE VAVDI:

La escala es de uno a cinco, 1 (uno) es el puntaje más alto o funcional, y 5 (cinco) el más bajo o disfuncional.

1 Autónomo / funcional	2 Bajo apoyo de terceros	3 Mediano apoyo de terceros	4 Alto apoyo de terceros	5 Dependiente / disfuncional
Paciente que realiza la actividad autónomamente en forma segura.	Paciente que realiza la actividad en forma segura con apoyo mínimo de terceros.	Paciente que necesita supervisión y/o apoyo de terceros para completar el desempeño de la actividad.	Paciente que necesita supervisión constante y/o un alto apoyo de terceros para el desempeño de la actividad.	Paciente que no puede desempeñar la actividad en forma segura y/o que la actividad sea realizada por terceros.

VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA e INSTRUMENTALESVAVDI

Marque el puntaje que mejor describe el comportamiento del paciente:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

A. BAÑARSE / DUCHARSE

1.	Se baña sin asistencia, utiliza jabón, shampoo, etc., o Se enjuaga y seca sin dificultad todo el cuerpo, o Mantiene la posición del cuerpo sin riesgo y transfiere desde y hacia la bañera
2.	Se enjabona sólo una parte del cuerpo (ej.delantera), o No se enjuaga o seca todo el cuerpo (parte inferior o posterior, resta shampoo sin enjuagar...), o Descuida verificar la temperatura correcta del agua, o Se transfiere con algunos descuidos pero sin riesgo de caída
3.	Se lava sólo algunas partes del cuerpo o en acciones repetidas sin atención a los detalles (axilas, pies, ...), o No se enjabona/enjuaga el cuerpo sino tiene una dirección verbal o táctil, o Se transfiere desde y hacia la bañera con riesgo de caída
4.	Necesita asistencia completa de terceros, o Entra a la bañera y no trata de lavarse, o Recibe pasivamente la asistencia de terceros sin resistencia.
5.	Rechaza entrar a la ducha o bañera, o Debe ser asistido completamente por terceros.

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

B. CUIDADO DEL INTESTINO Y LA VEJIGA Y ASEO EN EL INODORO

1.	Realiza la actividad sin dificultad (en salas de baño no familiares), o Realiza el cuidado de las necesidades menstruales sin asistencia, o Anticipa sus necesidades urinarias/intestinales y/o menstruales (apósitos, etc.).
2.	Realiza la actividad sin dificultad en salas de baño familiares (sino requiere supervisión), o Requiere recordatorio para cuidados menstruales , o Desperdicia papel higiénico, o descuida detalles (dejar correr el agua inodoro, etc.).
3.	Requiere recordatorio para ir al baño, o No se higieniza correctamente, o Se niega a utilizar mudas, apósitos o papel higiénico.
4.	Utiliza el baño de manera inconsistente, o Utiliza lugares inaceptables, o Necesita ser asistencia para transferirse hacia y desde la posición del inodoro.
5.	No controla esfínteres.

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

C. HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL (peinado, desodorante, cuidado de uñas, cepillado dientes, ...)

1.	Inicia y completa el arreglo personal sin asistencia, o Anticipa necesidades o frecuencia (desodorante, cepillado de dientes, etc.), o Tiene hábitos incorporados de higiene y arreglo personal
2.	Inicia las tareas del arreglo, pero saltea pasos que no son claramente visibles (parte del afeitado, peinarse la parte posterior de la cabeza, ...), o Requiere recordatorio para utilizar elementos de higiene y arreglo personal, o Dificultad en anticipar necesidades fuera de la rutina diaria
3.	Realiza el arreglo personal diario básico (lavarse los dientes, las manos, la cara, etc.) No puede utilizar instrumentos cortantes en seguridad (para afeitarse, cortarse las uñas), o Algunas actividades deben ser recordadas (bañarse, cambiarse apósitos, utilizar desodorante, ...)
4.	Necesita apoyo total de terceros para su arreglo personal, puede cooperar con movimientos espontáneos de sus manos, pies o cabeza, o Requiere recordatorio y asistencia para la higiene personal básica (desodorante, cepillado de dientes, ...), o Requiere asistencia para encontrar los elementos básicos de higiene y arreglo personal (cepillo, dentífrico, peine, ...)
5.	Ignora apariencia personal, o No reconoce la función de los elementos básicos de higiene o aseo personal, o Requiere asistencia completa para realizar actividades básicas, o No coopera espontáneamente con sus cuidadores al ser asistido.

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

D. VESTIRSE

1.	Selecciona su propia ropa y se viste adecuado a la hora del día y el tiempo, o Puede obtener prendas de vestir del área de almacenamiento y vestirse y desvestirse en secuencia, o Puede amarrarse la ropa o zapatos, o Se viste y selecciona accesorios adecuados a la ocasión.
2.	Se viste autónomamente, puede cometer errores menores en la selección, o No identifica la secuencia mas óptima para vestirse, o Se viste pero saltea detalles (amarrarse o ajustarse la ropa o zapatos), o Los colores y/o accesorios no están combinados.
3.	Se viste con apoyo de terceros, puede tener errores mayores en la selección, o Necesita apoyo de terceros para la secuencia de vestido, o Ignora las condiciones del tiempo, condiciones sociales (restaurant), costumbres sociales (utilizar ropa interior), abrocharse la ropa, ...
4.	Necesita ser vestido por terceros pero modifica espontáneamente las posiciones del cuerpo para facilitar el vestido, o Puede resistirse inicialmente a ser vestido pero colabora.
5.	Debe ser vestido por sus cuidadores y no mueve espontáneamente partes del cuerpo para facilitar el vestido, o desvestido, o Puede presentarse desnudo sin registrarlo

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

E. ALIMENTACION Y MODALES EN LA MESA

1.	Toma una cantidad adecuada de alimentos con cubiertos para masticar apropiadamente, o Come a un ritmo normal y conversar temas adecuados durante la comida, o Tiene hábitos culturalmente aceptables en la mesa (por favor, gracias, buen provecho...)
2.	Tiene modales en la mesa apropiados (usar una servilleta, cubiertos, ...), o Se sirve únicamente para él, o Necesita recordatorio de comer a un ritmo normal.
3.	Utiliza cubiertos, No se auto controla y come aceleradamente, o No utiliza maneras socialmente aceptables.
4.	Toma cantidades groseras, o Come con los dedos o sólo con cuchara, o Hace ruidos molestos al comer.
5.	Mastica en forma muy desprolijamente, o Necesita indicaciones para comer, o Necesita ser alimentado por terceros.

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

F. MOVILIDAD FUNCIONAL

1.	Se orienta y moviliza en ambientes nuevos fácilmente, o Solicita orientación espontáneamente cuando lo necesita, o Transporta objetos y ambula funcionalmente en diferentes espacios.
2.	Se moviliza en ambientes familiares sin perderse, o Requiere indicaciones ambientes nuevos en forma reiterada, o Transporta objetos con dificultad y torpeza, o Ambula funcionalmente en diferentes espacios
3.	Rechaza ir a lugares no familiares, o Inicia caminar dentro de la casa para hacer actividades familiares, pero sólo sigue indicaciones señaladas por otros, o No inicia movimientos para hacer actividades familiares (ir a la mesa, baño), o No puede transportar objetos frágiles o delicados, o Deambula funcionalmente en sólo en espacios familiares.
4.	No pregunta y espera pasivamente para moverse, o Requiere indicaciones de terceros para moverse sólo en ambientes familiares, o No puede transportar ningún objetos.
5.	No reconoce obstáculos en el camino, o Se moviliza con asistencia física, o Rechaza ser movilizad.

Comentarios: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES (AVDI)

G. GESTION DE LA COMUNICACIÓN

1.	Se comunica y utiliza diferentes sistemas de comunicación (teléfono, fax, correo electrónico, celulares/movi, mensaje de textos, ...) señalar qué sistema/s utiliza, o Envía, recibe e interpreta la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, o Puede solicitar inicialmente asistencia para utilizar sistemas o equipos nuevos pero logra comprender y usar.
2.	Se comunica en forma autónoma y utiliza con apoyo o recordatorio mínimo de terceros, o Diferentes sistemas de comunicación (telefónica, fax, correo electrónico, celulares/movi, mensaje de texto...) señalar qué sistema/s utiliza, o Recibe e interpreta la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, o Se comunica con asistencia de terceros o adaptaciones funcionales de los equipos.
3.	Se comunica y utiliza con apoyo de terceros algunos sistemas de comunicación familiares (telefónica, fax, correo electrónico, celulares/movi, mensaje de textos ...) señalar qué sistema/s utiliza, o Recibe información utilizando sólo uno o dos sistemas o equipos de comunicación (identificar cual), o Se comunica con amplias adaptaciones de los sistemas o equipos de comunicación.
4.	Responde sólo con un alto apoyo de terceros sistemas <u>simples</u> de comunicación, Indicar qué sistema utiliza, o No inicia el uso de sistemas o equipos para comunicarse.
5.	No puede utilizar ningún sistema de comunicación. Se comunica sólo con un alto apoyo de terceros sistemas <u>simples</u> de comunicación, Indicar qué sistema utiliza.

Comentarios adicionales:(describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

H. MOVILIDAD EN LA COMUNIDAD

1.	Se orienta y moviliza sin dificultad en lugares no conocidos, o Utiliza un mapa para anticipar direcciones o determinar la ubicación actual, o Conduce /maneja coche/auto, utiliza medios de transporte (taxi, colectivo/autobús, ...) y puede indicar asistir a otros.
2.	Se moviliza y se ubica en recorridos pocos frecuentes, o Toma un camino equivocado, pero puede solicitar ayuda y corregir, o Se pierde en el colectivo/autobús, pero puede solicitar ayuda y corregir.
3.	Realiza en forma autónoma recorridos familiares y frecuentes, o Puede perderse en recorridos no familiares, o Puede evitar caminos poco familiares.
4.	Entra y sale de medios de transporte conocidos sin asistencia táctil Se pierde sin escolta, o Desconoce o se confunde en el recorrido.
5.	Puede ir en un vehículo o medio de transporte sólo con apoyo de terceros, o Se niega a subir o bajar de cualquier transporte o vehículo.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

I. MANEJO DE FINANZAS

1.	Anticipa gastos no frecuentes y planifica su presupuesto mensual y a largo plazo, o Identifica y maneja cálculos mentales para pagar, dar vueltos, etc., o Puede asistir a otros en la planificación de gastos o compras.
2.	Maneja su rutina semanal y mensual, o Anticipa gastos infrecuentes mayores, o Puede calcular el cambio mentalmente o con lápiz y papel.
3.	Maneja los gastos diarios pero difícilmente hace cambios, puede calcular el cambio correctamente con papel y lápiz, calculadora, etc., o No puede anticipar el presupuesto semanalmente o mensualmente.
4.	Maneja los gastos diarios con asistencia, o No puede calcular el cambio, o No puede anticipar el presupuesto diario, o Reconoce el dinero.
5.	No maneja los gastos diarios, o No maneja ningún tipo de gasto, o No reconoce los valores del dinero.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

J. MANEJO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

1.	Organiza y toma su medicación sin asistencia, o Cumple con nuevas dosis y anticipa los efectos de la medicación correctamente, o Asiste a otros en la organización y toma de la medicación, o Desarrolla, mantiene un rutina saludable, o Disminuye comportamiento de riesgo para la salud.
2.	Organiza y toma la medicación en la dosis y tiempo correcto, o Puede tener problemas para distinguir conceptos sobre los efectos de la droga, o Mantiene una rutina saludable, o Evita comportamientos de riesgo para la salud.
3.	Toma la medicación en dosis simples y tiempos rutinarios (desayuno, almuerzo, ...), o Puede utilizar un dispenser para organizar su medicación, o Puede necesitar que se le recuerde cuando tomar la medicación, o Requiere apoyo de terceros para mantener rutina saludable y sin riesgo.
4.	La medicación es dada por el cuidador, o Inicialmente rechaza tomar la medicación, pero accede, o No identifica factores de riesgo en su rutina, o Rutina altamente organizada por terceros sino se desorganiza en forma progresiva.
5.	Puede no saber que medicación esta tomando, o Rechaza tomar la medicación, o Rutina organizada por terceros sino se evidencia desorganización severa y riesgo para la salud.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

K. ESTABLECIMIENTO Y MANEJO DEL HOGAR

1.	Organiza y mantiene su posesiones personales y su hogar, o Planifica horarios para completar tareas y las realiza, o Planifica a largo plazo el mantenimiento, o Mantiene y repara efectos personales (ropa, artículos del hogar), o Sabe cómo pedir ayuda y a quién contactar para reparación o mantenimiento del hogar.
2.	Reconoce y completa tareas menos visibles (polvo debajo de objetos, ...) Planifica a largo plazo con asistencia, o Mantiene el orden de espacios poco frecuentes con recordatorio, o Sabe a quién contactar para la reparación o mantenimiento pero no sabe requerir el servicio.
3.	Completa tareas familiares y simples de manera aceptable, o Saltea pasos y su nivel de desempeño no es aceptable, o Colabora en tareas sólo con asistencia, o No sabe a quién contactar para reparación del hogar.
4.	Repite la tarea innecesariamente No obtiene un nivel aceptable de limpieza, o No finaliza la tarea, o No identifica cuándo ni a quién solicitar el servicio para reparaciones del hogar.
5.	No participa en ninguna tarea de limpieza, o No identifica si está sucio o desordenado, o No identifica si el hogar requiere mantenimiento o reparaciones.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

L. PREPARACION DE LA COMIDA Y LIMPIEZA

1.	Planifica, prepara y sirve un menú cotidiano para una nutrición adecuada, o Realiza la limpieza de los alimentos y utensilios después de las comidas, o Realiza el menú y anticipa riesgos potenciales (cortes, quemaduras, ...)
2.	Prepara el menú cotidiano pero presenta dificultades de planificación, o Tiene dificultad para evaluar tiempos de cocción, o Presenta dificultad para anticipar riesgos (quemaduras, cortes, etc.), o Realiza la limpieza de los alimentos y utensilios pero saltea detalles.
3.	Prepara platos simples y familiares, o Presenta dificultad para seguir una receta nueva, o No anticipa quemaduras o cortes, manipula con dificultad, o No presenta una secuencia útil para la limpieza de los alimentos y utensilios.
4.	Utiliza acciones familiares repetidamente y debe ser asistido en la preparación de la comida, o No prepara la comida, o No reconoce el horario de la comida, o No limpia los alimentos o utensilios.
5.	No participa en la preparación de la comida, o No reconoce si los utensilios o alimentos necesitan ser limpiados

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

M.LIMPIEZA DEL TOILETTE/BAÑO/WC

1.	Planifica, prepara y realiza la limpieza de manera sistematizada y pulcra, o Realiza la limpieza de los artefactos de baño y materiales al finalizar, o Realiza la limpieza de detalles y anticipa cuidados de higiene (esponjas diferentes inodoro que pileta, ...)
2.	Aplicar el agente para limpiar en el asiento del baño, bajo la tapa y en la parte externa del inodoro, o Tiene dificultad para identificar y limpiar detalles, o Presenta dificultad para anticipar cambio de utensilios (esponja inodoro y la de la pileta, o Realiza la limpieza del baño y los utensilios pero saltea detalles.
3.	Utiliza los elementos de limpieza Presenta dificultad para seguir una secuencia de limpieza, o No anticipa zonas de higiene de cuidado, manipula con dificultad, o No presenta una secuencia útil para la limpieza de los artefactos y utensilios.
4.	Utiliza acciones familiares repetidamente y debe ser asistido en la limpieza, o No pone agentes limpiadores dentro del inodoro u otros, o No reconoce el horario de la limpieza o No enjuagar la esponja y el cepillo después del uso
5.	No Identifica cuando el baño necesita ser limpiado No puede obtener/reconocer los elementos de limpieza (esponja, limpiador, etc.) Mezcla los elementos de limpieza de las zonas generales y el inodoro o piso

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

N.PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD Y RESPUESTA A UNA EMERGENCIA

1.	Posee destrezas requeridas para vivir en seguridad, prevenir situaciones de emergencia, seguridad en el hogar, y primeros auxilios, o Asiste a otros en primeros auxilios básicos, o Inicia acciones de urgencia para reducir la amenaza a la salud y la seguridad.
2.	Verbaliza como contactar cada servicio de emergencia, o Ubica en la guía de teléfono números de emergencia próximos al hogar, o Sigue acciones dados por terceros (policía, médico, bomberos, etc).
3.	Cuenta con números de emergencia en forma visible, y puede solicitar ayuda, o Solicita ayuda para llamar a emergencia.
4.	Reconoce sólo con ayuda de terceros situaciones de emergencia, o No discrimina situaciones de seguridad o de emergencia de situaciones seguras.
5.	No reconoce situaciones de emergencia, o Produce situaciones de riesgo.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

Ñ. MANTENIMIENTO DE LA ROPA

1.	Identifica y coloca la ropa sucia en el lugar correspondiente, o Anticipa que ropa puede desteñir o achicar con el lavado sin error y realiza el lavado de la ropa, o Realiza correctamente el lavado y ordena la ropa.
2.	Coloca la ropa sucia en el lugar correspondiente, pero no anticipa si destiñe o achica, o Realiza el lavado con apoyo en la organización, y ordena.
3.	Coloca la ropa sucia en el lugar correspondiente y realiza el lavado con supervisión de terceros, o Realiza el lavado sólo de ropa conocida
4.	Necesita un alto apoyo de terceros para hacer el lavado, o Sigue secuencia de lavado dada por terceros, sólo paso a paso.
5.	No participa en hacer el lavado. No coloca la ropa sucia en el lugar correspondiente, o No reconoce la ropa sucia.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

O.COMPRAS

1.	Planifica listas de compras de comestibles y otros , o Selecciona, adquiere y transporta los artículos, o Selecciona el método de pago y realiza las transacciones monetarias, o Anticipa necesidades para comprar, sabe dónde y realiza sus compras.
2.	Planifica con apoyo de terceros listas de compras, o Realiza las compras rutinarias, o Necesita asistencia para planificar su presupuesto, o Compra sólo en lugares conocidos.
3.	Realiza compras pequeñas sólo en lugares conocidos, o No tiene dinero suficiente para su gasto, o Necesita apoyo de terceros para saber qué y dónde comprar.
4.	No reconoce vueltos/cambio, o No recuerda que fue a comprar, o Presenta confusión acerca de las necesidades.
5.	No realiza compras, o No reconoce lugares dónde realizar compras.

Comentarios adicionales: (describir el grado de apoyo de terceros y contextos)

**VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA e INSTRUMENTALESVAVDI**

Nombre del usuario


fecha:

ESCALA DE PUNTAJE VAVDI

1 Autónom o / funcional	2 Bajo apoyo de terceros	3 Mediano apoyo de terceros	4 Alto apoyo de terceros	5 Dependien te / disfuncion al
Paciente que realiza la actividad autónomamente en forma segura.	Paciente que realiza la actividad en forma segura con apoyo mínimo de terceros.	Paciente que necesita supervisión y/o apoyo de terceros para completar el desempeño de la actividad.	Paciente que necesita supervisión constante y/o un alto apoyo de terceros para el desempeño de la actividad.	Paciente que no puede desempeñar la actividad en forma segura y/o que la actividad sea realizada por terceros.

PLANILLA DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL

Desempeño Ocupacional AVD / AVDI	1 Autónomo / funciona	2 Bajo apoyo de terceros	3 Mediano apoyo de terceros	4 Alto apoyo de terceros	5 Dependiente / disfuncional
a. Bañarse, ducharse					
b. Cuidado del intestino y vejiga					
c. Higiene y arreglo personal					
d. Vestirse					
e. Alimentación y modales en la mesa					
f. Movilidad funcional					
g. Gestión de la comunicación					
h. Movilidad en la comunidad					
i. Manejo de las finanzas					
j. Manejo y mantenimiento de la salud					
k. Establecimiento y manejo del hogar					
l. Preparación de la comida y limpieza					



m. Limpieza del toilette/baño/WC					
n. Procedimientos de seguridad y respuesta a una emergencia					
ñ. Mantenimiento de la ropa					
o. Shopping o ir de compras					

Firma del profesional

