

TÍTOL / TÍTULO

ESTIGMA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.
ÁREAS DE LA OCUPACIÓN

Autor/a / Autor/a: María del Rosario Perea Segovia

Tutor/a *o*

supervisor/a: Mariano Hernández Monsalve

Data de lectura / Fecha de lectura: 2 de Octubre de 2019



Resum / Resumen:

Este trabajo se propone valorar el impacto del estigma y prejuicios negativos de familiares sobre personas que tiene problemas de salud mental (trastornos afectivos en este caso) y deterioro cognitivo leve, y poner a prueba la reversibilidad de ese impacto mediante intervención profesional dirigida a contrarrestar esos efectos.

Las personas con problemas de salud mental y deterioro cognitivo que realizaran la intervención tendrán que cumplir una serie de criterios para poder ser incluidos en el proyecto y trabajar adecuadamente.

Se trabajará desde el área de Terapia Ocupacional, relacionando el estigma con las diferentes áreas de la ocupación.

Se realizó una evaluación pre-intervención a los propios usuarios y a sus familiares. Para poder comparar después de la intervención los resultados con la evaluación post- intervención.

Es importante trabajar día a día en para seguir potenciando sus capacidades y así poder seguir manteniendo su independencia el mayor tiempo posible.

Paraules clau / Palabras clave: Estigma, Problemas de salud mental, Terapia Ocupacional, Actividades de la Vida Diaria.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ESTIGMA Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	5
3. TERAPIA OCUPACIONAL Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	10
3.1 MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA.....	11
3.2 ÁREAS DE LA OCUPACIÓN.....	13
4. ESTUDIO DE CAMPO: INTERVENCIÓN EN GRUPO PARA PROMOVER AUTONOMÍA Y CONTRARRESTAR EFECTOS DE PREJUICIOS Y ESTIGMA.....	15
4.1 OBJETIVOS.....	15
4.2 HIPÓTESIS.....	15
4.3 MÉTODO.....	15
4.4 RESULTADOS PRE Y POST INTERVENCIÓN.....	18
5. CONCLUSIONES.....	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	30
7. ANEXOS.....	31

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se relaciona con el estigma y cómo puede afectar a las diferentes personas que tienen algún tipo de problemas en su salud mental y además también deterioro cognitivo. He basado mi trabajo en un grupo de usuarios del centro donde trabajo, es un centro de atención a personas menores de 65 años, con deterioro cognitivo. Se sitúa en Madrid y nuestro trabajo consiste en potenciar las capacidades de las personas usuarias del centro para lograr que sean independientes el mayor tiempo posible. He escogido 5 usuarios a través de los criterios especificados más adelante en el trabajo. He trabajado desde el área de Terapia Ocupacional, relacionando el estigma con las diferentes áreas de la ocupación de las 5 personas que realizarán la intervención. He realizado una evaluación pre-intervención tanto a los familiares como a los propios usuarios, ya que trabajaremos con los dos.

Con esta intervención, se pretende demostrar a los familiares de los usuarios (los cuales son sus hijos) que aunque sus padres tengan un problema de salud mental y además añadido un deterioro cognitivo, pueden seguir realizando las actividades de forma independiente. Es importante que ellos mismos apoyen y ayuden a que sus familiares sigan practicando sus actividades significativas, rutinas y hábitos que siempre han hecho y que les gusta hacer (utilizar el transporte público, salir a comprar, elegir su propia ropa, realizar una lista de la compra, realizar labores de casa,...).

Es importante trabajar día a día para seguir potenciando sus capacidades y así poder seguir manteniendo su independencia el mayor tiempo posible.

Este trabajo consta de 7 puntos estructurados en el índice, incluyendo qué es el estigma, su relación con la salud mental, que es la Terapia Ocupacional y cómo actúa en la salud mental. Cuáles son las áreas de ocupación que pueden estar alteradas en los diferentes usuarios y la propia intervención, se realizó una evaluación pre-intervención, para observar cuáles eran los principales problemas para poder trabajar sobre ellos de una mejor forma. Tras esta evaluación se diseñó el plan de intervención para trabajar durante un mes con los 5 usuarios y con sus familiares, en diferentes actividades estructuradas en 4 días a la semana. Pasado este mes, se fue citando de forma progresiva a las familias y a los usuarios para hacer la evaluación post-intervención con los mismos cuestionarios administrados anteriormente. De este modo podremos apreciar los efectos de la intervención sobre las variables estudiadas

2. ESTIGMA EN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Se entiende que el estigma es el atributo (visible o no) que permite catalogar a un individuo como perteneciente a una categoría social que despierta una respuesta negativa por parte de quien estigmatiza.

Existen diversas aproximaciones a la hora de definir el concepto de estigma. Muchos autores se inclinan por la definición de Goffman (1963) que considera el estigma como *un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*. Y de acuerdo con Jones et al. (1984), el estigma puede considerarse como una mancha (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos).

En otros casos se ha definido el estigma como una característica de las personas que resulta contraria a la norma de la unidad social considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una norma determinada en un momento preciso (Stanfford y Scot, 1986).

Más recientemente se ha señalado que los individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular (Crocker, Major, y Steele, 1998).

Pero más allá de un atributo o conjuntos de atributos la estigmatización debe entenderse como un proceso de construcción social dinámico que incluye varios elementos (Morales, huici, Góme y Gaviria, 2008):

- Estereotipos,
- Prejuicios
- Conductas discriminatorias
- Mecanismos psicológicos de construcción del significado
- Identificación de los atributos estigmatizantes

Esta concepción nos permite entender una de las principales características del estigma; el relativismo social y cultural en que se enmarca. Los atributos únicamente son desacreditadores en contextos determinados y en momentos socio-históricos diferentes de forma que una característica puede ser estigma en nuestros tiempos pero no lo era antiguamente.

Por tanto a la hora de hablar de un grupo estigmatizado y de un grupo estigmatizante no se debe pensar en personas concretas, todos somos susceptibles de padecer estigma en cualquier momento dado otra cuestión son las implicaciones y consecuencias que tengan sufrir dicha estigmatización así como la generalización de esta.

En definitiva el estigma se da en un grupo dominante hace un grupo marginal nunca de modo inverso puesto que el parecer un estigma provoca una situación de exclusión social

Existen innumerables estigmas agrupables en tres grandes tipos. Esta clasificación permite comprender la procedencia del mismo (González Fernández et al., 2008)

- Físicos debido a defectos físicos o corporales
- Psicológicos consecuencia de alteraciones psicológicas como problemas de salud mentales
- Sociales se refieren atributos dependientes de la etnia la cultura o diversos factores sociales como la pobreza

Otra posible clasificación de los estigmas que permitiría comprender cómo es vivida la estigmatización por la víctima es en función de la aparición del atributo.

Los estigmas de nacimiento son características intrínsecas del individuo la persona estigmatizada tendrá con mucha probabilidad que sufrir los efectos perniciosos del estigma durante toda la vida. El hecho de haber nacido con el atributo estigmatizado le ayuda a sobreponerse mejora la discriminación sufrida.

Por el contrario los estigmas adquiridos son consecuencias del desarrollo vital de la los estigmas se refieren a grupos marginales es decir permitirá identificar aquellas personas pertenecientes a grupos amenazantes o que no realizan aportes a la sociedad.

Las principales funciones del estigma serían:

- Mantenimiento de la autoestima del grupo dominante mediante comparación los miembros de grupo estigmatizante consiguen preservar su autoestima.
- Mantenimiento de la identidad social de grupo dominante, muy relacionado con la anterior. El grupo estigmatizante determina su identidad social en términos de superioridad respecto

al grupo estigmatizado lo que sin duda también tiene consecuencias en la autoestima de las personas (Goffman, 1989)

- Reducir la ansiedad e intensificar el control de las situaciones sociales. El estigma permitiría identificar a grupos o individuos potencialmente peligrosos para el bienestar conjunto de valores o la propia vida permitiendo anticiparse y desarrollar conductas de exclusión evitación o marginación. (Morales et al., 2008)
- Mantenimiento de la identidad social de grupo dominante muy relacionado con la anterior el grupo estigmatizante determina su identidad social en términos de superioridad respecto al grupo estigmatizado lo que sin duda también tiene consecuencias en la autoestima de las personas
- Justificar el estatus quo y así mantener los privilegios del grupo dominante sobre los grupos marginados (Morales et al., 2008). De este modo el estigma sería un mecanismo de supervivencia en el sentido de que permitiría identificar a los miembros de grupos inferiores

Como señala Goffman (1989) el estigma permite colocar a su portador en una categoría social. Esto a su vez guía el intercambio social de la persona estigmatizada: los otros se comportará con el en serie a un conjunto de prejuicios y estereotipos. Al mismo tiempo, el estigmatizado percibirá este comportamiento diferente en consecuencia deberá presentar diversas estrategias que le permitan sobrevivir en ese medio. Tal es la influencia del estigma que interactúa con el estigmatizado no suele ver más allá de los atributos característicos de la categoría social que pertenece a la persona que sufre el estigma.

Según Goffman (1989: 15)
Creemos por definición desde luego que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación mediante la cual reducimos en la práctica aunque a menudo sin pensarlo sus posibilidades de vida construimos una teoría del estigma una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona.

Existen diferentes dimensiones del estigma, estas son aquellos factores que permiten describir y evaluar a las personas con estigma es decir las dimensiones definen las características de los atributos estigmatizadores por extensión van a estar presentes en la propia definición del estigma

que haga el grupo dominante. Por tanto, cada estigma que posee un perfil propio de dimensiones, que los miembros de los grupos mayoritarios emplean para discernir entre diferentes estigmas (Morales et al, 2008).

Respecto a las dimensiones del estigma asociado a los problemas de salud mental se distribuyen de manera similar, la más destacable es la peligrosidad y la menos destacable es el potencial disruptivo.

Las diferentes dimensiones son:

- Visibilidad en los problemas de salud mental la visibilidad está en función del deterioro psicosocial de la persona. Cuando existe un gran deterioro la mera presencia de la persona desencadena en el ambiente social con el que interaccionan las consecuencias de la estigma que la visibilidad no es necesario que la persona desarrolle conductas atribuidas a la salud mental para sufrir las consecuencias del estigma. Por otra parte cuando el deterioro psicosocial o cognitivo no es visible y resulta más difícil que sufran las consecuencias de su estigma el desencadenante sería el desarrollo de las conductas típicamente atribuidas al colectivo en este caso resulta más sencillo y menos estresante el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Muñoz et al (2009) encontraron que las personas con problemas de salud mental recurrían a estrategias de ocultamiento del atributo estigmatizador a pesar de no ser muy visibles. Esto hace que la persona experimente unos altos niveles de estrés y ansiedad.

- Apariencia física: en el estigma asociado a los problemas de salud mental la dimensión se ve muy claramente. Al pensar en la palabra loco enseguida nos viene a la mente la imagen típica. Cuanto mayor sea la coincidencia entre la estética del estigmatizado con la imagen asociada al estigma, mayor será la probabilidad de desarrollar dinámicas estigmatizantes.
- Potencial disruptivo: en el caso de las personas con este tipo de problemas esta dimensión puede ser muy determinante a la hora de establecer y mantener relaciones constantes. El potencial disruptivo del atributo estigmatizador depende del momento de la persona. Una dificultad en un momento determinado puede servir de antecedente para establecer relaciones futuras.
- Peligrosidad: se desencadenaría fundamentalmente por la consideración de la persona con un problema de salud mental como impredecible. El estigmatizador tendría miedo de algún tipo de agresión debida fundamentalmente a la imagen social de este problema.

- Origen o control: puede existir una diferencia en el nivel de la dimensión según el término empleado (Quiles y Morera, 2008; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, Morales et al., 2009). El empleo del término de problema en salud mental disminuye la dimensión control al situar la causa de estigma fuera del individuo si bien la consecuencia directa es el paternalismo con todos los efectos nocivos que tiene de la lucha por el aumento de la autonomía de estas personas. Puede servir de antecedentes para establecer relaciones futuras, esta experiencia previa sería utilizada por tanto por estigmatizado como por el estigmatizador. Es decir aunque el término enfermedad disminuyen la presencia de conductas de discriminación negativa provoca una mayor diferenciación social esto dificultaría la percepción de semejanza potenciando de este modo los efectos del estigma aunque la discriminación se desarrolla en el sentido positivo.
- Direccionalidad: no solo se tiene en cuenta todas las demás dimensiones además se tiene presente la idea acerca de cómo surge los problemas en salud mental, como evoluciona etc. Lo que a su vez vendrá marcado por todas las dimensiones antes comentadas, la principal cuestión que se tendrá en cuenta es si el sujeto estigmatizador puede pertenecer al grupo estigmatizado. Esto a su vez podrá potenciar reacciones de sobreprotección o rechazo en función de diversas cuestiones individuales.
- Estereotipos: los más frecuentes son:
- Peligrosidad o violencia: la persona con problemas de salud mental resulta impredecible les parece peligrosa a los demás
- Responsabilidad: se concibe que la persona es la responsable ya sea sobre el padecimiento de una enfermedad o por no haberle puesto remedio mediante el tratamiento
- Incompetencia para llevar una vida autónoma: se refiere a la creencia de que no pueden ni podrán vivir independientemente y sin la ayuda de profesionales que les cuiden.
- Falta de control: hace referencia a la idea de que un enfermo mental nunca sabe lo que hace importante es impredecible con amenaza que eso significa

El estigma en los problemas de salud mental es por tanto un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Habitualmente se ha distinguido por ejemplo entre estigma público y auto-estigma. La persona asume las ideas y las creencias que la sociedad tiene sobre las personas con problemas de salud mental lo que genera emociones y valoraciones tintadas de autoprejuicios, que se asocian con emociones y reacciones negativas. Todo ello condiciona el comportamiento ya que pueden llevar a la persona a cesar en los intentos de llevar una vida independiente (Corrigan y Kleinlein, 2005), el aislamiento social o a la limitación de los contactos sociales con otras personas que también padecen problemas de salud mental (Angell, Cooke y Kovac, 2005), lo que desemboca en la marginalización de la persona respecto a la sociedad, con lo que se perpetúa el ciclo del estigma.

En el caso de las personas con problemas de salud mental, la familia también se ve afectada por dos tipos de estigma (Angell et al, 2005):

- Estigma público se generaliza desde la persona con problemas de salud mental a su familia o que puede experimentarse por observación cuando ven estigmatización sufrida por su familiar
- El auto-estigma en el que la familia asimila los mensajes acerca de su culpabilidad en la enfermedad, eso genera sentimientos de autoculpa. Los sentimientos predominantes son vergüenza y negación de la enfermedad, esto lleva al ocultamiento y secreto de la misma a los demás.

3. TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENAL

Según La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WOFT) la Terapia Ocupacional es: *una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación.*

Las intervenciones desde Terapia Ocupacional en problemas de salud mentales pretenden conseguir; potenciar las habilidades necesarias para una participación activa y plena en la comunidad y conseguir la mayor calidad de vida, disfrute de la vida y bienestar.

Para ello debemos evaluar a cada persona y a su entorno habitual para conseguir una visión clara de su situación actual y junto con la persona, marcamos objetivos específicos, personalizados y asequibles.

Debemos colaborar con la persona para diseñar un plan de intervención individualizado, para adquirir, entrenar y mantener las actividades de autocuidado y automantenimiento, así como mantenimiento y cuidado del hogar, además trabajamos las habilidades necesarias para una participación activa y plena en la comunidad y sociedad donde reside.

Realizamos actividades significativas para la persona, orientadas a adquirir habilidades necesarias para conseguir los objetivos propuestos con la persona. Trabajamos tanto las habilidades y destrezas de ejecución, las Actividades de la Vida Diaria (Básicas e Instrumentales) o las actividades de Ocio.

3.1 MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA (MOHO)

Me basaré en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner, ya que parte de un marco conceptual de práctica que trata de identificar los aspectos interrelacionados de los cuales emerge y a partir de los que se mantiene la ocupación humana. Podemos observar como denota que la ocupación es parte de la condición humana ya que se refiere a hacer del trabajo, juegos o de las AVD dentro de un contexto temporal, físico o sociocultural son verdaderamente importantes en la vida humana. Debemos destacar que las ocupaciones sean motivadoras para la persona ya que se unen y evocan un sentimiento profundo, un sentido del deber, un compromiso y la perseverancia que conducen a la participación regular con el tiempo en relación con una comunidad de personas que comparten la ocupación motivante.

Comprender la ocupación exige caracterizar a rica diversidad del hacer humano. La ocupación retrata las siguientes tres áreas:

- Las AVD son tareas vitales típicas necesarias para el cuidado de si mismo y el automantenimiento, tales como el aseo, el baño, entre otras.
- El juego se refiere a las actividades llevadas a cabo por propio gusto, es la actividad más temprana y continua toda la vida
- El trabajo se refiere a las actividades que proporcionan servicios o comodidades a otros, como ideas, el conocimiento, la ayuda, el compartir información, entre otros. Las tres áreas se entretrejen y a veces se superponen en e curso de la vida cotidiana.

El moho surgió de un momento particular de la historia de la terapia ocupacional. Cuando entre en el campo a comienzos de la década 1970 la Terapia Ocupacional. Se encontraba en medio de una crisis de identidad profesional. Durante dos décadas previas el campo se había alineado con un conjunto de ideas, mecanicistas derivadas en gran parte de la medicina y al mismo tiempo había perdido la visión de sus conceptos originales. Rely (1962) reconoció este problema y comenzó a trabajar con sus estudiantes para lograr una nueva estructura de conocimiento centrada en la ocupación. Esta tradición académica se denominó comportamiento ocupacional.

El moho intenta explicar de qué modo la ocupación es motivada y adopta patrones y es realizada, ofrece un punto de vista amplio e integrador de la ocupación humana y por lo tanto incorpora una gran gama amplia de fenómenos y conceptos correspondientes.

Dentro del moho, los seres humanos son conceptualizados como formados por tres componentes interrelacionados: volición, habituación y capacidad de desempeño.

- La Volición se refiere a la motivación por la ocupación. Se refleja en la amplia gama de pensamientos y sentimientos que tienen las personas acerca de las cosas que han hecho, están haciendo o podrían hacer. Es un proceso continuo es decir los pensamientos, y sentimientos volitivos ocurren en el tiempo a medida que las personas experimentan, interpretan, anticipan y eligen las ocupaciones. Podemos definir a la volición por lo tanto como un patrón de pensamientos y sentimientos acerca de la propia persona en el propio mundo que ocurren a medida que uno anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que uno hace. Los pensamientos y los sentimientos volitivos incluyen la causalidad personal, los valores e intereses. Es un proceso de desplegamiento, en el cual también ocurren cambios, a medida que nos desarrollamos y envejecemos hallamos nuevos ambiente con nuevas oportunidades y demandas de acción, podemos hallar nuevos placeres, perder antiguos intereses, descubrir nuevas capacidades y hallar que no somos tan adeptos a una actividad particular.
- La Habituación se refiere al proceso por el cual la ocupación es organizada en patrones o rutinas. Es una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamientos guiados por nuestros hábitos y roles y ajustados a las características de los ambientes temporales, físicos y sociales de rutina. Es responsable de nuestra rutina diaria de comportamiento, de nuestra forma habitual de hacer las cosas de los distintos caminos que

tomamos para ir a nuestros hogares, nuestros vecindarios y la comunidad más grande y de nuestros patrones de compromiso con otros.

- La capacidad de desempeño se refiere a las habilidades físicas o mentales que subyacen a un desempeño ocupacional hábil. Podemos definirlo como la capacidad para hacer cosas provocada por la condición de los componentes físicos y mentales objetivos subyacentes y la experiencia subjetiva correspondiente. Al analizar el aspecto de la experiencia de la capacidad del desempeño, empleamos un concepto denominado cuerpo vivido (el cuerpo debe comprenderse desde el punto de vista fenomenológico), además de comprender el cuerpo como un objetivo físico, también debemos comprenderlo desde el punto de vista de la experiencia vivida.

3.2 ÁREAS DE LA OCUPACIÓN

Para las Áreas de la Ocupación, me basaré en el Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, este es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) que presenta un resumen de trabajos interrelacionados que definen y guían la práctica profesional de la terapia ocupacional. Fue desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación.

El Marco del Trabajo está dividido en dos secciones principales: el dominio, el cuál resume el alcance de la profesión y las áreas en las cuales sus miembros tienen establecidos un cuerpo de conocimientos y de experiencia, el proceso dinámico centrado en el cliente y la ocupación utilizado en la prestación de los servicios de la terapia ocupacional. El dominio y procesos de terapia ocupacional dirigen a los terapeutas a enfocarse en el desempeño en las ocupaciones que resultan de la interacción dinámica del cliente, el contexto y el ambiente, y las ocupaciones del cliente (Christiansen y Baum, 1997; Christiansen, Baum y Bass-Hagen, 2005; Ley, Baum y Dunn, 2005). Aunque el dominio y el proceso son descritos por separado, en la actualidad, estos están íntimamente interconectados en una relación transaccional.

Dentro de esta diversa profesión, la contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimientos y habilidades para ayudar a las personas a comprometerse con las actividades diarias u ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer de forma que apoyen la salud y participación. La tabla expuesta más adelante identifica los aspectos del dominio e ilustran la dinámica de interrelación entre ellos. Todos los aspectos del dominio son de igual valor y juntos interactúan para influenciar el compromiso de la persona con la ocupación, participación y la salud.

Aspectos del Dominio de la Terapia Ocupacional

ÁREAS DE OCUPACIÓN	CARACTERÍSTICAS DEL CLIENTE	DESTREZAS DE EJECUCIÓN	PATRONES DE EJECUCIÓN	CONTEXTOS Y ENTORNOS	DEMANDAS DE LA ACTIVIDAD
Actividades de la Vida Diaria (AVD) Actividades Instrumentales de Vida Diaria (AIVD) Descanso y Sueño Educación Trabajo Juego Ocio/Tiempo Libre Participación Social	Valores, creencias y espiritualidad Funciones del cuerpo Estructuras del cuerpo	Destrezas Sensoriales Perceptuales Destrezas Motoras y praxis Destrezas de Regulación Emocional Destrezas Cognitivas Destrezas de comunicación y sociales	Hábitos Rutinas Roles Rituales	Cultural Personal Físico Social Virtual	Objetos utilizados y sus propiedades Demandas de espacio Demandas sociales Secuencia y tiempo Acciones requeridas Funciones del cuerpo requeridas Estructuras del cuerpo requeridas

4. ESTUDIO DE CAMPO: INTERVENCIÓN EN GRUPO PARA PROMOVER AUTONOMÍA Y CONTRARRESTAR EFECTOS DE PREJUICIOS Y ESTIGMA

4.1 OBJETIVOS

Objetivo general:

Aumentar la participación de los miembros del grupo objeto de la intervención en la vida comunitaria

Objetivos específicos:

- Potenciar uso el transporte público
- Trabajar planificación, iniciación, realización y finalización de actividades.
- Trabajar planificación del ocio
- Fortalecer el uso de nuevas tecnologías
- Potenciar uso del dinero y realización de compras
- Favorecer relaciones sociales
- Potenciar las capacidades de cada persona
- Fortalecer la búsqueda de la propia identidad y su propia confianza.

4.2 HIPÓTESIS

La participación social de la persona usuaria y la realización de sus Actividades de la Vida Diaria se ve afectada por el estigma, y podrá ser modificable mediante intervención profesional, lo que su vez podrá modificar la percepción negativa de la familia.

4.3 MÉTODO

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La Intervención se planteó desde el departamento de Terapia Ocupacional, ya que se intervino sobre las Actividades de la Vida Diaria como es el área de la ocupación y el área de participación social. Para trabajar esta área, empezamos trabajando los componentes y destrezas de ejecución, además de diferentes actividades llevadas a cabo en el centro para así después ponerlo en práctica fuera del centro.

Siempre se mantuvo una intervención grupal, individualizando lo máximo posible el tratamiento para cada persona. Se trabajó tanto dentro, como fuera del centro, para una mejor intervención.

Se agrupó a todos los usuarios con deterioro cognitivo leve y un problema de salud mental, en total 10 usuarios. Contactamos con cada uno de los familiares de los diferentes usuarios del servicio para informarles del proyecto y recabar su colaboración y participación en el mismo. También observamos los diferentes expedientes para tener clara la historia de vida y las puntuaciones de Barthel y Lawton & Brody (estas nos informan sobre la independencia en Actividades de la Vida Diaria, tanto Básicas como Instrumentales) y las puntuaciones de MEC (esta nos informa del grado de deterioro cognitivo).

Los participantes de la intervención debían cumplir todos los criterios sin exceptuar ninguno.

Criterios de inclusión en el estudio:

- Deterioro cognitivo leve
- Acuerdo con familia para llevar a cabo la intervención
- Involucración y colaboración por parte de la familia
- Sin problemas conductuales
- Sin consumo de tóxicos
- Independencia o dependencia leve en AVD's
- Problema de Salud Mental diagnosticado por el departamento de psiquiatría

Criterios de exclusión:

- Cuando el usuario candidato no cumpla cualquiera de los criterios de inclusión

Tras revisar el cumplimiento de criterios de inclusión por parte de los usuarios que atendemos en el centro y contactar con los propios usuarios y sus familiares, seleccionamos en total 5 usuarios, que cumplían criterios – por perfil individual y colaboración familiar los cuales consideramos que fueron perfil para la intervención.

Los usuarios seleccionados cumplen los criterios de independencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (Escala Barthel:100/100) y en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Escala Lawton & Brody 8/8) mientras que los otros 5 usuarios excluidos no cumplen este criterio, ya que tienen dependencia moderada en ambas Actividades de la Vida Diaria. Y además presentaban deterioro cognitivo moderado

Los 5 usuarios seleccionados presentan deterioro cognitivo leve MEC resultados de 30-35. No presentan alteraciones conductuales y no toman sustancias tóxicas.

El deterioro cognitivo que presentan, es derivado del problema de Salud Mental que padecen, es decir, $\frac{4}{5}$ de ellos tienen problemas derivados de padecer un trastorno depresivo y $\frac{1}{5}$ tiene problemas derivados de padecer un trastorno bipolar.

Todas las personas usuarias seleccionadas para realizar la intervención viven en Madrid. Participaron 3 mujeres y 2 hombres cuyo rango de edad varía desde los 57 hasta los 65.

Se intervino con los usuarios de lunes a jueves en horario de 10 a 14 durante 1 mes. (**Anexo 3 Diario de sesiones**).

La intervención, se basa en el área de la ocupación y en la participación social de los usuarios con deterioro cognitivo leve y el problema de salud mental que tenga cada uno. Trabajamos con los familiares debido a que piensan que los participantes de la intervención no son capaces de realizar diferentes actividades de forma independientes debido a tener un deterioro cognitivo o un problema de salud mental. Es decir, existe un prejuicio por parte de los familiares, ya que piensan que por tener este deterioro cognitivo no pueden hacer nada de forma independiente.

Para llevar a cabo esta intervención se trabajará componentes y destrezas de ejecución para después poner en práctica en la comunidad. Para así potenciar sus capacidades y trabajar la participación social dentro y fuera del centro al igual que también trabajaremos diferentes actividades instrumentales de la vida diaria, como son el uso del transporte público o compras.

EVALUACIÓN PRE Y POST-INTERVENCIÓN

Tras la reunión con la familia, respondieron un cuestionario de estigma de la familia (FSQ) de Corrigan, Watson y Miller (2004) (Anexo 1); Este cuestionario se diseñó para evaluar el estigma hacia los familiares de las personas con problemas de salud mental. Este cuestionario consta de 7 ítems que evalúan en una escala del 1 al 7. El cuestionario ofrece la posibilidad de utilizar distintos tipos de relación (madre-hijo, madre-hija, padre-hijo, padre-hija, hermano-hermana, hermano-hermano,...). En este estudio se eligió la relación padre/madre-hijo/hija, siendo el padre/madre la persona con la enfermedad.

Mientras que los propios usuarios respondieron los cuestionarios de la escala de Funcionamiento Social (SFS) de Birchwood, Smith, Cochquerane y Wetton (1990) (**Anexo 2**); se trata de un instrumento diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia, aunque también puede ser aplicable a otros problemas de salud mentales. Es de utilidad para la evaluación de las variables implicadas en el funcionamiento social.

Está compuesta por 7 subescalas; Aislamiento/Integración social, Comunicación interpersonal, Autonomía-Ejecución, Autonomía/Competencia, Ocio, Prosocial, Empleo/Ocupación y Preguntas complementarias.

4.4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados de la evaluación pre-intervención

Como resultados obtenidos en la evaluación pre-intervención del Cuestionario de Estigma de la Familia FSQ contestado por los 5 familiares de los usuarios se obtuvo los siguientes datos:

Ítem (rango 1-7)	Media
Culpa de aparición	2
Contaminación	5,8
Culpa de recaída	2,8
Vergüenza	2,22
Incompetencia	2,4
Evitación social	2,4
Pena	6,2
PUNTUACIÓN TOTAL	23,82

Se puede observar, cómo los familiares, tienen cierta inseguridad acerca del usuario y de los propios problemas que tienen.

Piensan que la enfermedad que sufren sus padres pueden afectarles de manera muy notoria a ellos mismos y a su día a día, debido a que tienen que realizar todas las actividades a los usuarios, supervisarlos todo lo que hacen y no dejarles realizar nada debido a que piensan que por el problema que tienen no son capaces de realizar las diferentes actividades que ellos mismos quieran realizar de forma independiente.

Sienten culpa de la aparición del problema como de la recaída, al igual que la incompetencia y la evitación social.

Pero el mayor porcentaje de los familiares sienten pena por su padre, por que tenga que padecer estos problemas y por que piensan que no van a poder realizar nada de manera independiente como lo hacían antes de aparecer.

Mientras que los resultados obtenidos en la evaluación de la pre-intervención por parte de los participantes usuarios con la Escala SFS han sido divididos en las siguientes áreas:

ÁREAS

Aislamiento social/Integración social

- Hora a la que se levanta habitualmente entre semana:

El 60% de los usuarios, se despiertan antes de las 9h entre semana mientras que el 40% de ellos se despiertan entre las 9h y las 11h.

- Hora a la que se levantan habitualmente los fines de semana:

El 40% se sigue despertando entre las 9h y las 11h los fines de semana mientras que el 60% se despierta entre las 11h y la 1 del medio día.

- Tiempo que pasan solos a lo largo del día

El 20% de los usuarios pasan muy poco tiempo solos a lo largo del día, el 40% pasan algo de tiempo solos, ya que su familia trabaja y no acude al centro de día todos los días. Otro 20% pasa bastante tiempo solo y otro 20% prácticamente todo el tiempo, ya que viven solos y no tienen familia.

- Frecuencia con la que inicia una conversación en casa

El 80% de ellos raramente comienzan una conversación en casa, mientras que el 20% restante nunca o casi nunca la inicia.

- Frecuencia con la que sale de casa

El 20% refiere que frecuentemente sale de casa mientras que un 40% algunas veces otro 20% pocas veces y el último 20% casi nunca

- Reacción ante la presencia de extraños

El 40% refiere que acepta a la presencia de extraños mientras que un 20% los evita, otro 20% se pone nervioso y el otro 20% le agradan.

Comunicación Interpersonal

- Numero de amigos actuales (Media)

La media del número de los amigos actuales de los diferentes usuarios es el siguiente: 1,6. El 40% en la actualidad no tiene ningún amigo, en el que pueda contar, confiar o contar sus problemas mientras que el otro 60% si que los tiene y puede contar con ellos.

- Tiene novio o pareja estable

El 60% de los usuarios está casado/a, es decir 3/5, mientras que los 2 dos no están casados, un usuario está divorciado mientras que el otro no se ha casado nunca.

- Frecuencia con la que se ve capaz de mantener una conversación

El 40% raramente se ve capaz de iniciar una conversación sensata, ya que muestra inseguridad, mientras que otro 20% casi nunca lo hace, el otro 20% a veces intenta iniciar una conversación y el último 20% si que lo hacer de forma frecuente, muy a menudo.

- Dificultad para hablar con la gente

El 80% de los usuarios, ve bastante difícil hablar con la gente en la actualidad, mientras que el otro 20% lo ve muy difícil el entablar una conversación.

Autonomía-Ejecución

En éste área podemos evaluar la frecuencia de los usuarios en realizar diferentes actividades durante los últimos 3 meses, es muy útil para trabajar las diferentes Actividades Instrumentales de la Vida Diaria que intentaremos trabajar con ellos. Podemos observar cómo un 60% de los usuarios, es incapaz o necesita mucha ayuda para utilizar el transporte público, este es un objetivo para trabajar. También podemos observar cómo un 60% necesita ayuda para utilizar, identificar el dinero para poder realizar diferentes compras, mientras que el 40% restante es incapaz y/o necesita mucha ayuda, para ello, utilizaremos este programa para que puedan mejorar estas capacidades.

El 60% es incapaz o necesita mucha ayuda para poder realizar sus propias comidas, mientras que el 40% restante necesita mínima ayuda.

El 100% de ellos son capaces de mantener una adecuada higiene personal. El 40% son capaces de poner a lavar su ropa mientras que otro 40% son incapaces y el último 20% no sabe realizar esta actividad.

El 60 % de ellos necesita ayuda para salir solo de casa, mientras que el otro 40% es incapaz de salir solo de casa, debido a que el familiar no le deja o porque él/ella misma no se ve capaz.

Sin embargo, cuando se analizan estas capacidades para considerar si tiene capacidad para realizarlas o no, indican que si tienen capacidad, pero existe ese temor por parte de ellos y de los familiares que les impide realizarlas o hacerlas adecuadamente.

Frecuencia realización de las diferentes actividades	PORCENTAJE			
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Comprar artículos de forma independiente		20%	20%	60%
Fregar y limpiar platos	40%			60%
Asearse y bañarse				100%
Lavarse su propia ropa			40%	60%
Hacer la compra de la comida		20%	20%	60%
Preparar y cocinar la comida	20%	20%	20%	40%
Salir de casa solo		40%	60%	
Utilizar el transporte público		20%	60%	20%
Manejar el dinero			60%	40%
Presupuestar y organizar gastos	60%	40%		
Elegir y comprar su propia ropa		20%	60%	20%
Cuidar su apariencia personal			40%	60%

Las actividades que más les cuesta realizar son las que necesitan de una planificación de la actividad, e iniciación más complicada para ellos, como son las de preparar y realizar la comida y presupuestar y organizar gastos. Además de fregar y limpiar los platos, que entra en juego el factor de género, ya que es una actividad que nunca han realizado y que además no les gusta realizar.

Las demás actividades, pueden ser capaces de realizarlas, además de poder seguir trabajando sobre ellas para mejorarlas y poder aumentar sus capacidades.

Actividades de Ocio

Las actividades de ocio que más frecuentemente realizan los usuarios son, ver la TV con un 60% que marcaron que a menudo realizaban esta actividad mientras que el 40% marcaron que a veces. Seguida de pasear, excursiones, con el mismo porcentaje, al igual que escuchar música o la radio. Sin embargo, remarcan que les gusta realizar son actividades dentro de casa ya que es donde están más cómodos. Las actividades que aparte de las nombradas en el cuestionario también vamos a evaluar son actividades en ordenador, móvil o tablet, esta es un 80% que refieren que a menudo realizan esta actividad mientras que el 20% restante reflejan que a veces la realizan.

Actividades Prosociales

Durante los 3 últimos meses, los usuarios reflejan que lo que más realizan es salir a comer fuera con un 80% muy frecuentemente y un 20% algunas veces. Visitar amigos y familiares con un 60% frecuentemente, 20% algunas veces y 20% pocas veces. Visitar lugares de interés, un 40% frecuentemente, 40% algunas veces y 20% pocas veces. Por último, recibir visitas tanto de familiares como de amigos 40% algunas veces, 20% pocas veces y 40% ninguna vez.

La realización de estas actividades no son muy frecuentes, no tienen muchas relaciones sociales, como hemos observado antes les parece más cómodo realizar actividades dentro de casa, en su lugar de confort. Las relaciones con familiares y amigos no son muy allegadas, ya que como hemos visto anteriormente el 40% no tenía ningún amigo, por lo tanto es muy difícil establecer relaciones con diferentes personas que no sean de su familia, a pesar de que con su familia, no hay muy buena relación en la mayoría de los casos. Mientras que el otro 60% sí tiene amigos y puede contar con ellos, pero no es muy habitual las visitas de unos a otros.

Empleo/ocupación

Actualmente los usuarios no muestran una situación laboral adecuada, ya que debido a su enfermedad causan baja o incapacidad laboral.

Sin embargo el 80% de los usuarios ha trabajado a jornada completa durante mucho tiempo, a pesar de que algunos llevan sin estar trabajando más de 7 años y no se ven volviendo a trabajar nunca más.

El 20% era ama de casa, que hoy por hoy sigue realizando casi todas las actividades de casa, con ayuda de sus hijos.

Actualmente su día a día es acudir al Centro de día unos usuarios de lunes a viernes y otros 2 o 3 días por semana y realizar diferentes actividades para potenciar sus capacidades y destrezas de ejecución para poder seguir siendo independiente en la mayor parte de sus AVD's. Al iniciar la intervención todos los usuarios, tendrán que cambiar la modalidad para acudir al centro de lunes a viernes para poder hacer una intervención adecuadamente.

Resultados de la evaluación post-intervención

A continuación, se proporcionaron los mismos cuestionarios que en la evaluación pre-intervención para valorar los efectos, el impacto, de la misma

Para familiares utilizamos el cuestionario de estigma de la familia (FSQ) de Corrigan, Watson y Miller (2004).

Ítem (rango 1-7)	Media
Culpa de aparición	1
Contaminación	1,4
Culpa de recaída	1,2
Vergüenza	1
Incompetencia	1
Evitación social	1
Pena	1,6
PUNTUACIÓN TOTAL	8,2

Tras realizar la intervención y analizar los resultados, obtenemos un cambio radical de la forma de pensar de los familiares. Ya que nunca se habían vuelto a plantear que sus padres volvieran a realizar actividades que hacían antes. Pensaban que nunca más iban a realizarlas. Sin embargo al realizar la intervención, los usuarios han demostrado que son capaces de realizar esa amplia gama de actividades, primero con apoyo y después de manera independiente, es decir, los familiares modifican su percepción negativa mediante intervención profesional.

En cuanto a los usuarios, volvieron a contestar las preguntas de la escala de Funcionamiento Social (SFS) de Birchwood, Smith, Cochquerane y Wetton (1990).

Al empezar la intervención con los diferentes usuarios, todos decidieron cambiar su modalidad de asistencia al Centro de Día de Lunes a Viernes para poder realizar la intervención de forma adecuada.

Podemos observar mediante los resultados, como los usuarios tienen una mayor confianza en si mismos para poder realizar las diferentes actividades que en la evaluación pre-intervención no se veían capaces de realizar.

ÁREAS

Aislamiento social/Integración social

- Hora a la que se levanta habitualmente entre semana y fines de semana:

Los usuarios, tras la evaluación comienzan a despertarse más pronto, debido a que quiere realizar más actividades durante el día y acudir de lunes a viernes al centro de día. Al igual que los fines de semana, ya que refieren que se ven capaces de hacer distintas actividades fuera del domicilio y quieren “aprovechar el tiempo”.

- Tiempo que pasan solos a lo largo del día

El 80% refiere que pasan muy poco tiempo solos, ya que realizan diferentes actividades fuera del domicilio, con otros grupos de personas. Mientras que el 20% restante, refiere que pasa algo de tiempo solo.

- Frecuencia con la que inicia una conversación en casa

El 60% se ve con más confianza en sí mismos para establecer conversaciones con sus familiares en casa, mientras que el 40% restante refiere que solamente a veces comienzan las conversaciones en casa, explican que también les gusta escuchar.

- Frecuencia con la que sale de casa

El 100% aumenta la frecuencia de salir de casa, ya que tienen actividades como la del taller de Cruz Roja que les gusta, pasear, visitar lugares de interés. Los cuales antes no tenían, ya que no tenían la suficiente confianza en sí mismos para realizarlo, sin embargo ahora sí que se ven capaces para poder hacerlo.

- Reacción ante la presencia de extraños

El 60% acepta a las personas extrañas, ya que necesita tiempo para conocerlas de forma adecuada mientras que el 40 % restante le gusta entablar conversaciones con personas que no conocía antes.

Comunicación Interpersonal

- Numero de amigos actuales (Media)

Los amigos actuales aumentan, ya que los usuarios, participan más en la sociedad y por lo tanto han conocido a más gente, que a lo largo de este mes consideran como amigos. Aumentan a una media de 6,6 amigos por usuario. Debido a las relaciones interpersonales que han tenido

- Tiene novio o pareja estable

Este factor sigue siendo igual en la post- evaluación

- Frecuencia con la que se ve capaz de mantener una conversación

El 60% aumenta su seguridad y se ve capaz de iniciar una conversación sensata mientras que el 40% restante a veces inicia la conversación.

- Dificultad para hablar con la gente

El 80% de los usuarios, ha aumentado su seguridad de entablar conversación con la gente, se ve más preparado pero todavía no siente toda la seguridad que necesita, mientras que el 20% restante ha logrado aumentar su propia autoconfianza y se ve capaz de entablar conversaciones con las diferentes personas que conozca.

Autonomía-Ejecución

Aunque en éste área podemos evaluar la frecuencia de los usuarios en realizar diferentes actividades durante los últimos 3 meses , nosotros lo hemos hecho del mes en el que hemos estado trabajando.

Como resultado hemos podido observar que los diferentes usuarios han aumentado la utilización del transporte público, manejo del dinero, realizar presupuestos, cocinar, salir solo de casa, hacer compras, salir solo de casa, en un 100% adecuadamente sin ayuda. Solamente cuando el usuario pida ayuda, o le veamos con algún problema que no puede lograr solucionar, podemos prestarle nuestra ayuda o supervisión. Para que así pueda seguir manteniendo su independencia.

Frecuencia realización de las diferentes actividades	PORCENTAJE			
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Comprar artículos de forma independiente				100%
Fregar y limpiar platos				100%
Asearse y bañarse				100%
Lavarse su propia ropa				100%
Hacer la compra de la comida				100%
Preparar y cocinar la comida			40%	60%
Salir de casa solo				100%
Utilizar el transporte público				100%
Manejar el dinero				100%
Presupuestar y organizar gastos			20%	80%
Elegir y comprar su propia ropa				100%
Cuidar su apariencia personal				100%

Se puede observar como los usuarios han aumentado su frecuencia de realización en este mes de intervención de las diferentes actividades que antes no eran capaces de realizar o que sus familiares no les dejaban realizar por miedo a que lo hicieran mal o se perdieran.

Actividades de Ocio

Las actividades de ocio que más frecuentemente realizan los usuarios son, siguen siendo ver la TV con un 60% que marcaron que a menudo realizaban esta actividad mientras que el 40% marcaron que a veces. Seguida de cocinar, un 60% a menudo y un 40% a veces, debido a que hemos estado practicando la realización de la compra de los alimentos necesarios para cocinar en casa, seguida de escuchar música o la radio con el mismo porcentaje. Las actividades que aparte de las nombradas en el cuestionario también hemos valorado son actividades en ordenador, móvil o tablet, han aumentado a un 100% debido al taller que realizamos en el centro, se ven capaces de realizar diferentes actividades con ellos y con los conocimientos necesarios para su realización. Los usuarios, nos comentan que gracias a la intervención realizada en el centro de día han cambiado de opinión respecto a las actividades hechas dentro de casa. En este momento prefieren realizar más actividades fuera de casa (pasear, visitar lugares, taller de cruz roja,...)

Actividades Prosociales

Se valorará las actividades prosociales del último mes, en el que hemos realizado la intervención.

En este área se refleja que las actividades que más realizan los usuarios son:

Aumenta la frecuencia de visitar sitios de interés, 80% a menudo, 20% a veces. La actividad de comer fuera sigue teniendo el mismo porcentaje. El 100% a veces ha visitado a familiares y amigos en sus casa, además para realizar la visita señalan, que han tenido que utilizar el transporte público, este era un impedimento para no poder realizarlo antes, además sus relaciones de amistad han aumentado, por lo tanto ahora pueden ir a visitar y que los visiten. El 80% ha sido visitado a menudo en casa por sus familiares y amigos mientras que el 20% restante a veces ha recibido alguna visita, estos refieren que ahora prefieren salir ellos.

Han aumentado la frecuencia de realizar estas actividades ya que tienen unas mayores relaciones sociales, una mayor libertad para la realización de las actividades que verdaderamente les gustan a ellos y sobretodo, la confianza de sus familiares para que puedan realizarlo de manera independiente.

Empleo/ocupación

Actualmente los usuarios no muestran una situación laboral adecuada, ya que debido a su enfermedad causan baja o incapacidad laboral.

Sin embargo el 80% de los usuarios ha trabajado a jornada completa durante mucho tiempo, a pesar de que algunos llevan sin estar trabajando más de 7 años y no se ven volviendo a trabajar nunca más.

El 20% era ama de casa, que hoy por hoy sigue realizando casi todas las actividades de casa, con ayuda de sus hijos.

Actualmente su día a día es acudir al Centro de día de lunes a viernes y realizar diferentes actividades para potenciar sus capacidades y destrezas de ejecución para poder seguir siendo independiente en la mayor parte de sus AVD's. También realizan actividades en la comunidad realizan la compra, hacen la comida, realizan labores de casa,...

Resultados intervención

Realizamos una valoración pre-intervención, en la que los familiares demostraban sus inseguridades a la hora de la independencia de los usuarios (hijos-padres respectivamente).

Mediante la valoración demostraban que ellos mismos se veían culpables de las recaídas de sus padres y mostraban inseguridad a la hora de que sus padres realizaran una actividad en la comunidad.

Los usuarios, mostraban a su vez inseguridad a la hora de realizar diferentes actividades que no fueran en casa, no tenían relaciones sociales, no realizaban actividades como salir a comprar, hacer su comida, planificar, secuenciar y finalizar una actividad, no utilizaban el transporte público por miedo a perderse, miedo provocado por la inseguridad de sus familiares.

Una vez realizada la valoración pre-intervención, se empezó a realizar la propia intervención, durante un mes. Estaba dividida en 4 semanas, en la primera, se trabajó las capacidades de las personas usuarias en grupo, sin familiares. Se trabajó transporte público, manejo del dinero, planificación de compras, nuevas tecnologías, relaciones sociales e integración en la comunidad.

En la siguiente semana, se intervino con familiares, como si fueran parte más del grupo, de la misma forma, trabajando las capacidades de cada persona tanto de forma grupal como individual.

Además de la segunda parte de las actividades; transporte público, manejo del dinero, planificación de compras, nuevas tecnologías, relaciones sociales e integración en la comunidad como en la semana anterior.

En la tercera semana los familiares solo observaban y prestaban ayuda cuando fuera necesario. Supervisaron las actividades de los usuarios.

Los usuarios siguieron trabajando las diferentes capacidades en las primeras partes de las sesiones y realizando de igual forma las segundas partes, en las que los familiares solo supervisaban.

En la última semana los familiares actuaron como observadores sin intervenir en las dinámicas de las actividades. En las primeras partes de las sesiones no fue necesaria su presencia. En la segunda parte actuaron como observadores. (Más detallado en el diario de sesiones Anexo 3).

Dejamos una semana más de práctica y a la semana siguiente realizamos la valoración post-intervención, en esta se demostró como los familiares habían cambiado sus puntos de vista. Estos empezaron a ver capaces a los usuarios de realizar las actividades de forma independiente. Prestando su ayuda solo cuando vieran que realmente la necesitaban.

Mientras que los usuarios crearon una mayor confianza en sí mismos para realizar las diferentes actividades que antes, no eran capaces de verse realizando. (Planificación de compras, manejo del dinero, utilización del transporte público, realización de comidas, intervención en la comunidad,...)

Por lo tanto podemos demostrar como la hipótesis planteada en el trabajo se cumple, gracias a la intervención del equipo de profesionales tanto con los usuarios como con la familia. Los resultados demuestran el cambio que existe en la opinión de los familiares frente a las personas usuarias del servicio. Se observa como las personas usuarias aumentan su participación en actividades en la comunidad, su participación social y la realización de sus actividades de la vida diaria.

5. CONCLUSIONES

El estigma en una persona con problemas de salud mental es un factor muy condicionante en su vida, ya que aumentan los prejuicios que se tienen de esta persona y puede llegar a tener una alta discriminación en la sociedad. Si al problema de salud mental le añadimos un deterioro cognitivo, aumentan las inseguridades y los prejuicios por parte de la familia.

De los resultados del estudio descrito concluimos que :

1. Una persona con un problema de salud mental y un deterioro cognitivo, puede aumentar la participación en diferentes actividades en la comunidad, mediante una intervención profesional adecuada : En este caso, llevada a cabo por el departamento de Terapia Ocupacional, trabajando sobre las áreas ocupacionales de los participantes .
2. Como efecto de esta misma intervención profesional sobre el grupo de personas afectadas, sus familiares modificaron la percepción negativa sobre la realización de las diferentes actividades de las personas con problemas de salud mental.
3. De forma complementaria a las conclusiones, debemos señalar las limitaciones del estudio, y por tanto de las conclusiones : el escaso tamaño muestral (la intervención se realizó con 5 usuarios que cumplieran los criterios de inclusión, tanto ellos como sus familiares)impide generalizar los resultados (escasa validez externa del estudio) . Pero estos resultaos señalan el interés en replicar este estudio en una muestra más amplia y representativa de la población afectada por estos problemas (problemas de salud mental y deterioro cognitivo leve).

En resumen, con este trabajo lo que se ha querido demostrar, es cómo tener un problema de salud mental o un deterioro cognitivo leve no impide realizar una amplia variedad de actividades del día a día de forma independiente, y cómo la percepción negativa por parte de los familiares ante un problema de salud mental se puede modificar y de esta forma ambos lograrán tener su propia independencia. En cuanto a los propios usuarios, se debe potenciar la realización de las actividades más significativas para ellos, favorecer las actividades de relaciones sociales y de esta forma la integración en la comunidad. Para así poder luchar contra el estigma en las personas con problemas de salud mental y que haya una plena participación de ellas en la sociedad y en su día a día.

6. BIBLIOGRAFÍA

Muñoz, M. (2009). *Estigma y enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.

Navarrón Cuevas, E., & Ortega Valdivieso, A. (2019). REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: UN PERSPECTIVA DESDE EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA. Retrieved 3 July 2019, from http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

Navarrón Cuevas, E., & Ortega Valdivieso, A. (2019). REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: UN PERSPECTIVA DESDE EL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA. Retrieved 14 September 2019, from http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml

Kielhofner, G. (2011). *Terapia ocupacional*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Badallo Carbajosa, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.

¿Que es la Terapia Ocupacional?. (2019). Retrieved 7 July 2019, from <https://aptoca.org/terapia-ocupacional/que-es-la-terapia-ocupacional-2/>

Simo, S. (2016). El aprendizaje servicio frente al estigma social que rodea la enfermedad mental. *Revista De Ciencias Humanas Y Sociales*, (12).

González Álvarez, O. (2008). Enfermedad mental esigma y legislación.

Tauca d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. (2013). Dossier del Tercer Sector. Estrategias de lucha contra el estigma en Salud Mental. Número 26

Vallina O, Lemos S, García-Saiz A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 1998; 10(2):459-474.

Homet Mir, G. (2019). El estigma - CTM Salud Mental. Retrieved 14 September 2019, from <http://www.salutmental.cat/la-enfermedad-mental/el-estigma.html>

Vallina O, Lemos S, García-Saiz A, Otero A, Alonso M, Gutiérrez AM. Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 1998; 10(2):459-474

7. ANEXOS

Anexo 1 Escala FSQ

FSQ

A continuación se presenta una breve descripción de dos personas. Por favor, lea acerca de estas personas y tómese su tiempo para formarse una impresión de ellas. Una vez lo haya hecho, conteste a las preguntas sobre ellas que aparecen a continuación.

Juana García es la madre de Paco, un hombre de 30 años con esquizofrenia. Paco vive con su familia y trabaja como empleado en una tienda del barrio. Paco ha sido hospitalizado varias veces a causa de su enfermedad. La enfermedad ha alterado su vida significativamente.

Conteste a las siguientes preguntas acerca de la madre de Paco, **JUANA**.

1. Juana tiene alguna responsabilidad en que su hijo enfermara inicialmente.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

2. La enfermedad de Paco podría influir en Juana.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

3. Cuando Paco recae, puede ser a causa de Juana.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

4. Juana debería sentirse avergonzada por la enfermedad de Paco.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

5. Juana no fue una buena madre para Paco.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

6. Yo, no querría relacionarme con Juana.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

7. Probablemente sentiría lástima por Juana.

1	2	3	4	5	6	7
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

Anexo 2

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS)
(BIRCHWOOD ET AL., 1990)**

NOMBRE.....FECHA.....

RESUMEN DE PUNTUACIONES

AREAS	Puntuaciones transformadas
<i>Retiro / implicación social</i>	_____
<i>Funcionamiento interpersonal</i>	_____
<i>Actividades prosociales</i>	_____
<i>Ocio</i>	_____
<i>Autonomía / Competencia</i>	_____
<i>Autonomía / Desempeño</i>	_____
<i>Empleo</i>	_____
PUNTUACIÓN TOTAL (MEDIA)	_____

PRIMERA SECCION: AISLAMIENTO

Primera parte

1. ¿A qué hora se levanta a diario?

Promedio días laborales

Promedio fin de semana (si es diferente)

3: <9 am
2: 9 am a 11 am
1: 11 am a 1 pm
0: >1 pm

2. ¿Cuántas horas al día pasa solo/a?

(Ej. .solo/a en su habitación, paseando solo/a, escuchando radio o viendo televisión solo/a, etc.)

Cuente el número de horas que pasa en soledad por termino medio al día y señale una de las siguientes opciones:

Horas pasadas solo/a

0 - 3	Muy poco tiempo	<input type="checkbox"/>	3
3 - 6	Algo de tiempo	<input type="checkbox"/>	2
6 - 9	Bastante tiempo	<input type="checkbox"/>	1
9 - 12	Una gran parte de tiempo	<input type="checkbox"/>	0
12 -	Prácticamente todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	

3. ¿Con qué frecuencia comienza el/ella una conversación en casa?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

4. ¿Con qué frecuencia sale de casa el/ella (por algún motivo)?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

5. ¿Cómo reacciona el/ella ante la presencia de personas extrañas?

0	1	2	3
Evitándolas	Poniéndose nervioso/a	Aceptándolas	Le gusta

FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL

Segunda parte

1. ¿Cuántos amigos/as tiene en la actualidad?
 (Personas que ve regularmente, con quien comparte actividades, etc...)

Numero de amigos/as

2. ¿Tiene alguien con quien comentar sus problemas y sentimientos?

3 = SI / 0 =NO

3. ¿Con que frecuencia ha confiado en ellos/as?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

4. ¿Discute otra gente sus problemas con él/ella?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

5. ¿Tiene novio/a? (si no está casado/a) (si esta casado/a = 3)

3 = SI / 0 =NO

6. ¿Ha tenido alguna discusión o pelea con sus amigos/as, familiares o vecinos/as recientemente?

3	2	2	0
Ninguna	1 o 2 Menores	Continuas menores o una mayor	Muchas Mayores

7. ¿Con qué frecuencia es usted capaz de mantener una conversación sensata o racional con él/ella?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

8. ¿Cómo de fácil o de difícil encuentra el/ella hablar con la gente en la actualidad?

3	2	2	1	0
Muy fácil	Bastante fácil	Regular	Bastante difícil	Muy difícil

9. ¿Se siente incómodo/a estando entre un grupo de gente?

0	1	2	3
Casi nunca	Raramente	A veces	A menudo

10. ¿Prefiere estar acompañado/a?

0	1	2	3
A menudo	A veces	Raramente	Casi nunca

ACTIVIDADES PROSOCIALES

Tercera parte

Seleccione la columna que mejor indique **la frecuencia** con la que ha participado en alguna de las siguientes actividades en los **tres últimos meses**.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Cine				
Teatro/ conciertos, etc.				
Ver deporte de cancha cubierta (Baloncesto, fútbol sala...)				
Ver deportes de campo (fútbol, bolos...)				
Galerías de arte/ museos				
Exhibiciones				
Visitar sitios de interés				
Reuniones, tertulias.....				
Clases nocturnas				
Visitar familiares en sus casas				
Ser visitado/a por familiares				
Visitar amigos/as				
Ser visitado/a por amigos/as				

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Fiestas				
Acontecimientos formales				
Discoteca				
Club nocturno, club social				
Practicar un deporte				
Club / sociedad				
Pubs, disco bares				
Comer fuera				
Actividades religiosas				

	1	2	3
	Raramente	A veces	A menudo
¿Alguna otra actividad?			

SEGUNDA SECCIÓN: ACTIVIDADES DE OCIO

Por favor seleccione la columna adecuada para indicar con que **frecuencia** el/ella ha hecho alguna de las siguientes actividades en los **tres últimos meses**.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Tocar instrumentos musicales				
Costura, tejer.				
Jardinería				
Lectura				
Ver televisión				
Escuchar música o radio				
Cocinar				
Juegos de mesa (cartas, parchís...)				
Reparar cosas (coche, bicicleta, reparaciones caseras)				
Pasear, excursiones				
Hobby (Ej., coleccionar cosas)				
Nadar				
Ir de tiendas				
Actividades artísticas (pintura...)				

	1	2	3
	Raramente	A veces	A menudo
¿Algún otro pasatiempo?			

TERCERA SECCIÓN: INDEPENDENCIA (C)

Por favor ponga una cruz en cada ítem para indicar **la habilidad** que tiene su familiar al utilizar los siguientes recursos:

	3	2	1	0
	Adecuadamente (sin ayuda)	Necesita ayuda (o estímulo)	Incapaz (o con mucho ayuda)	No sabe
Transporte público				
Manejar dinero				
Presupuestar algo				
Cocinar para si mismo/a				
Hacer compras semanales				
Buscar empleo				
Lavar su propia ropa				
Higiene personal				
Lavar, limpiar, etc.				
Comprar en tiendas				
Salir solo/a de casa				
Elegir y comprar su ropa				
Cuidar su apariencia personal				

CUARTA SECCIÓN: EMPLEO

1. ¿Tiene el/ella empleo regular (incluyendo empleo protegido o cursos de rehabilitación o de reentrenamiento)?

Sí / No

- Si tiene empleo: ¿Qué clase de trabajo? _____

¿Cuántas horas trabaja cada semana? _____

¿Cuánto hace que tiene ese trabajo? _____

- Si no tiene empleo: ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

¿Qué clase de trabajo era? _____

¿Cuántas horas por semana? _____

2. Si no trabaja

¿Tiene certificado de incapacidad? Sí / NO

¿Asiste a un hospital de día como paciente? Sí / NO

¿Piensa usted que es capaz de realizar alguna clase de trabajo?

Sí, sin duda / Difícilmente podría / No, sin duda

¿Con que frecuencia intenta buscar empleo (ir al INEM, en la prensa, etc.)?

Casi nunca / Raramente / A veces / A menudo

3. Si no trabaja:

¿Cómo emplea habitualmente su tiempo?

Por la mañana: _____

Por la tarde: _____

Por la noche: _____

INDEPENDENCIA (D)

Por favor señale en la columna correspondiente para indicar la **frecuencia** con la que su familiar ha realizado las siguientes cosas en los **últimos tres meses**.

	0	1	2	3
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo
Comprando solo/a artículos en tiendas (sin ayuda)				
Limpiar y fregar los platos				
Lavar su propia ropa				
Buscar un empleo (si esta en paro)				
Comprar comida en la tienda				
Cocinar				
Usar autobuses, trenes,...				
Salir solo/a de casa				
Usar dinero				
Hacer presupuestos				
Elegir y comprar su ropa				
Cuidar su apariencia personal				

CUARTA SECCIÓN: EMPLEO

1. ¿Tiene el/ella empleo regular (incluyendo empleo protegido o cursos de rehabilitación o de reentrenamiento)?

Sí / No

- Si tiene empleo: ¿Qué clase de trabajo? _____

¿Cuántas horas trabaja cada semana? _____

¿Cuánto hace que tiene ese trabajo? _____

- Si no tiene empleo: ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? _____

¿Qué clase de trabajo era? _____

¿Cuántas horas por semana? _____

2. Si no trabaja

¿Tiene certificado de incapacidad? SI / NO

¿Asiste a un hospital de día como paciente? SI / NO

¿Piensa usted que es capaz de realizar alguna clase de trabajo?

Sí, sin duda / Difícilmente podría / No, sin duda

¿Con que frecuencia intenta buscar empleo (ir al INEM, en la prensa, etc.)?

Casi nunca / Raramente / A veces / A menudo

3. Si no trabaja:

¿Cómo emplea habitualmente su tiempo?

Por la mañana: _____

Por la tarde: _____

Por la noche: _____

Anexo 3 diario de sesiones

Día 1

Presentación del grupo, explicación del horario y de las actividades que haremos durante el mes.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
10:00-11:00	Actividades para potenciar componentes y destrezas de ejecución	Actividades para potenciar componentes y destrezas de ejecución	Actividades para potenciar componentes y destrezas de ejecución	Actividades para potenciar componentes y destrezas de ejecución
11:00-12:00	Actividad transporte público	Planificación ocio y actividad en la comunidad	Actividad manejo del dinero, planificación y compras	Actividades interactivas, uso de nuevas tecnologías
12:00-13:00	Puesta en práctica actividad transporte público	Actividad ocio en la comunidad	Puesta en práctica actividad manejo de dinero, planificación y compras	Actividades interactivas, uso de nuevas tecnologías

Siempre empezamos con una actividad para potenciar las capacidades de cada uno de forma independiente, serán actividades para trabajar los componentes y destrezas de ejecución.

Ejercicios de atención, memoria, lenguaje, concentración, orientación, siempre de forma individualizada para cada usuario.

Tras esta actividad de una hora, realizamos un ejercicio de transporte público, cada persona eligió un lugar de Madrid de una misma línea que le gustara visitar, de esta forma trabajaríamos en grupo para distinguir los diferentes caminos que tomar para ir a los diferentes lugares para después ponerlo en práctica. Una vez realizada esta actividad y teniéndolo claro, nos dirigimos al metro para poder ponerlo en práctica, cada uno con su abono de forma independiente eligiendo el camino correcto, formando parte del grupo.

Además de esta actividad, cada semana una persona es encargada de escribir los diferentes menús que hay para comer en el Centro, otra persona de poner las mesas para todos los compañeros y otra persona de ir a comprar el pan necesario para ese día. Cada uno es responsable de su actividad y es necesario que lo recuerde y que lo haga adecuadamente.

La primera semana trabajamos solo con los usuarios para la segunda semana, daremos la oportunidad a los familiares de realizar las diferentes actividades con sus padres.

Día 2

Los martes acudimos a la realización de una actividad en la comunidad, con un grupo de más personas. Es una actividad organizada por Cruz Roja, en la que unos voluntarios, normalmente son médicos, tratan diferentes temas relacionados con la salud, en la que los participantes del grupo pueden aportar ideas, preguntar o solamente escuchar. Además después realizamos un paseo por el parque de Madrid Río, siguiendo la ruta que eligen entre los participantes del grupo.

Para acudir a la Sede de Cruz Roja, utilizamos el transporte público, por lo tanto, iremos en grupo hasta donde se realiza la actividad. Debido a la inseguridad que tienen alguno para utilizar el transporte público, vemos más adecuado que al principio vayamos acompañando y en grupo para que después poco a poco puedan hacerlo de forma más independiente siempre supervisando que lo realicen de manera correcta.

Este martes, realizamos una actividad relacionada con hábitos saludables, los propios voluntarios explican su tema y después hacemos diferentes dinámicas, para observar si el tema ha quedado claro o no. Hacemos estas actividades además de utilizar el transporte público de forma independiente, también para una integración en la comunidad, debido a que ellos mismos así puedan participar activamente en diferentes actividades en la comunidad fuera del centro.

Tras la dinámica sobre hábitos saludables, realizamos una ruta en papel sobre el paseo que daremos por Madrid Río, una vez realizado nos dirigimos para hacerlo.

Día 3

Los miércoles nos encargamos sobre los temas de planificación de compras que necesiten en casa.

La primera actividad que hacemos son de cálculo, ya que queremos potenciar esta capacidad de cada usuario para después ponerla en práctica.

Tras haber realizado diferentes actividades de cálculo (Sumas, restas, multiplicaciones y divisiones), intentaremos realizar con ellos la planificación de las cosas que necesitan comprar en casa, además de también trabajar memoria.

Utilizamos la pantalla para buscar en el supermercado que iremos a comprar con ellos y así poder hacer una lista de la compra más adecuada con las cantidades y los precios ya calculados, de esta forma será más fácil hacerlo. Cada uno realiza su propia lista para así ir después a comprar. Trabajamos de forma grupal con ellos. Para la siguiente semana, será necesario que lo hagan con sus hijos, para que así puedan ponerlo en práctica en casa.

Tras haber realizado la lista y habiendo calculado todo, es necesario agrupar los alimentos y las cosas que vayamos a comprar por categorías, les damos estrategias para que así sea más sencillo de realizar.

Una vez hecha la lista nos dirigimos al supermercado, realizarán la actividad ellos solos, mientras que nosotros vamos supervisando que lo hagan de forma correcta.

Día 4

Los jueves al igual de todos los días realizamos diferentes actividades con ellos para potenciar sus capacidades, en este caso, es una actividad de atención y concentración. Una vez realizada la actividad, todos los usuarios tienen que sacar su móvil para poder trabajar con ellos. Resolvemos dudas entre todos, cuando no saben utilizar una aplicación y otro compañero si sabe, dejamos que este resuelva sus dudas. Enseñamos a utilizar otras como correo electrónico, creamos una cuenta para que puedan utilizarla entre ellos o con quienes quieran. Enseñamos a utilizar google, youtube, o demás aplicaciones en las que tengan alguna duda.

Buscamos aplicaciones en las que estén interesados o con las que puedan potenciar sus capacidades. Intentamos que hagan este proceso de forma independiente, aunque siempre supervisando o ayudando cuando haga falta.

Tras haber realizado esta actividad, ellos mismos deben planificarse su fin de semana, el ocio que les gustaría hacer y con quien. Podemos utilizar el móvil para buscar diferentes actividades que quieran hacer, buscar alguna película que quieran ver o pensar simplemente lo que quieren hacer. Realizar esta actividad en grupo, nos ayuda a que los demás compañeros sean capaces de pensar y de observar como los demás realizan otro tipo de ocio y darles ideas a ellos de cosas diferentes que hacer. Estamos supervisando cada actividad que busquen, a la vuelta del fin de semana, nos tendrán que contar que es lo que al final hicieron, si realizaron las actividades que hemos planificado y si las han realizado con sus hijos, solos o con las personas que ellos lo querían hacer.

Día 5

En esta semana daremos la oportunidad de participar a los diferentes familiares de los usuarios que fueron evaluados en la pre-intervención, para así poder trabajar con los familiares y usuarios de forma grupal. Para que así puedan respetar la independencia de cada usuarios en las diferentes actividades de la vida diaria que realizan con ellos.

Haremos una actividad en grupo de potenciación de las capacidades de cada persona trabajando los diferentes componentes y destrezas de ejecución. Los familiares trabajarán como si fueran un usuario mas del centro realizando las diferentes actividades.

Tras haber realizado las diferentes actividades de estimulación cognitiva, trabajaremos de nuevo el transporte público, cada usuario eligió un lugar diferente de Madrid de interés para él. Se pusieron en común entre todos y después cada uno tuvo que realizar una ruta, entre las diferentes estaciones. Decidimos elegir la ruta más sencilla y con menos transbordos, para que sea más sencillo. De esta forma nos dirigimos a los lugares que decidieron visitar. Fuimos en forma de grupo, pero cada uno teniendo claro donde íbamos y utilizando los trenes adecuados. Siempre han ido siendo supervisados.

Día 6

Como cada día hay una sesión para estimular las capacidades cognitivas, en esa sesión como en la del día anterior participaron los familiares de los diferentes usuarios.

Tras esta intervención, nos dirigimos a la actividad que realizamos en la comunidad como intervención social.

Después nos dirigimos a la actividad de Cruz Roja, volvemos a ir en grupo, esta vez con los familiares también. Los usuarios esta semana más con más confianza en sí mismos.

En la sede de Cruz Roja nos dieron una charla sobre riesgos domésticos. Dónde cualquiera de las personas que hay en la charla, ya sean del centro, familiares o cualquier persona, puede exponer sus dudas o comentarios y que así los profesionales puedan responder lo más adecuado posible.

Tras haber terminado la charla entre todos deben ponerse en deacuerdo para elegir una ruta para así dar un paseo por Madrid Río, una vez elegido, se dirigen todo el grupo a realizar la ruta.

Día 7

En grupo con los familiares, realizaremos diferentes actividades de cálculo, para así poder entrenarnos para el manejo del dinero que posteriormente trabajamos.

Tras haber hecho diferentes ejercicios de cálculo (sumas, restas, multiplicaciones y divisiones) cada usuario con su familiar realizaron una planificación de la compra que necesitan en casa, en este caso el familiar debería prestar ayuda solo cuando el usuario no recuerde o se bloquee.

Una vez realizada la planificación, lo ordenaron por categorías y buscamos los precios de cada alimento para así poder realizar la lista de la compra con cada precio y el precio final de cada compra.

Al terminar de realizar esta actividad, nos dirigimos al supermercado elegido a comprar según la lista de la compra hecha. Cada usuario fue con su familiar, este solo como observador y supervisor para saber si lo realiza de forma adecuada.

Día 8

Este es el último día en el que trabajarán en grupo familiares y usuarios, ya que la siguiente semana, los familiares actuarán solo como observadores de sus familiares.

Empezamos realizando una actividad de atención en la que tienen que encontrar las diferentes parejas que hay repartidas por toda la mesa de terapia. Cuando terminaron de realizar esta actividad, tuvieron que buscar coincidencias entre unas fotos y otras para saber que tenían en común entre todas. Estas imágenes eran todas obras de arte de un mismo pintor, Picasso.

Tras haber realizado esta actividad, los jueves se realiza la intervención en nuevas tecnologías, cada uno con el móvil o tablet tuvo que buscar el nombre de cada pintura que encontraron en la mesa y que significada cada obra.

De esta forma trabajamos el manejo del móvil/tablet, después cada uno pudo elegir una aplicación para poder utilizarla de forma independiente.

Día 9

Esta semana, los familiares serán observadores. Supervisarán las diferentes actividades que realicen sus familiares. Para que puedan observar como lo hacen de manera adecuada.

Empezamos con una actividad de memoria para trabajar capacidades cognitivas. Esta actividad es opcional de que quieran hacerla los familiares o no. En este caso si que quisieron realizar la actividad.

Para la utilización del transporte público, cada usuario eligió un lugar diferente de Madrid y desde el punto de partida del metro de Marques de Vadillo, buscó la forma más sencilla de llegar hasta el sitio deseado.

Cada usuario se dirigió al sitio siendo supervisado por su propio familiar, interviniendo cuando hiciera falta. Al llegar al punto deseado, tenían que ir hasta un lugar para encontrarnos todos. Este lugar fue Callao. Cada uno desde el lugar que eligieron, tuvieron que encontrar la forma más sencilla para llegar hasta allí.

Los familiares ayudaron cuando fueron necesario si vieron que sus familiares tenían algún problema. Aunque lo hicieron de forma correcta ya que empezaron a confiar en sí mismos.

Una vez llegados a Callao, cada uno contó su experiencia y como se había sentido. Tanto familiares como usuarios. Estos, dijeron que empezaban a confiar más en sí mismos y los familiares, les dieron un voto de confianza y creyeron que sí que era posible que pudieran volver a ser tan independientes como era. Aunque seguían con el temor de que se equivocaran o se pudieran perder. Explicamos diferentes estrategias por si algún día les pasara algún caso de perderse, desorientarse o no saber donde está.

Día 10

Realizamos una actividad de para potenciar las capacidades de cada persona de forma individual. Esta actividad no hizo falta que la realizaran los familiares, por lo tanto ellos esperaron en la “sede” de Cruz Roja ya que ellos asistieron como cualquier otra persona a la charla.

En esta charla explicaron las consecuencias del consumo de tóxicos, como pueden perjudicar a una persona. Tras la charla las personas que quisieron hacer alguna pregunta pudieron preguntar. Después pusieron en común una ruta para realizar por Madrid Río, y la realizaron en forma de grupo. Hasta la vuelta al centro, los usuarios se volvieron al centro mientras que los familiares se volvieron a casa.

Día 11

Cada persona tuvo que traer realizada una lista de la compra de casa, haciendo una planificación de lo que necesitarían a lo largo de la semana. Tras haber traído la lista de la compra, lo tuvieron que ordenar por categorías, para que así fuera más fácil después buscar el precio de los alimentos en el supermercado elegido y después ir a comprarlos.

Los familiares esperaron en el supermercado hasta que llegaron los familiares para poder supervisar su compra. En esta ocasión los familiares solo observaron sin ayudar. Para aumentar la confianza tanto en sus padres como en ellos. Supervisaron de igual forma si utilizaban de manera correcta el uso del dinero.

Día 12

Cada jueves realizamos actividades para potenciar las capacidades cognitivas, en este caso realizaremos una actividad de atención. Trataba de tener que encontrar diferentes objetos entre muchos desordenados, solo sabiendo la definición.

Lo realizamos por turnos, cada usuario tenía que encontrar un objeto diferente. En esta actividad no es necesario que estuvieran los familiares, aunque es opcional.

Para trabajar las nuevas tecnologías, utilizamos el correo electrónico que nos creamos, tuvieron que recordar cada objeto que encontraros y enviárselo a sus compañeros para ponerlos todos en común. De esta forma tenían que tener la el correo con todos los objetos encontrados. Una vez realizada esta actividad, pudieron utilizar las aplicaciones que quisieron. Preguntando las dudas que tenían para utilizar las diferentes aplicaciones para así poder solucionarlas.

Día 13

La última semana, los usuarios realizaron las diferentes actividades de forma independiente. En la que los familiares actuaron observando y supervisando, sin prestar ayuda.

De forma que así los propios usuarios pudieran utilizar sus propias estrategias y se bloqueaban o si tenían algún problema.

Aún así si observáramos que en algún momento existe algún problema demasiado difícil de resolver intentaríamos solventarlo con ellos.

Se trata de que cada usuario realice su propia actividad, como ellos verdaderamente quieran realizarla.

Empezamos como todos los días con una actividad de estimulación cognitiva para potenciar las capacidades de las personas usuarias del centro.

Tras haber realizado la actividad, cada persona eligió dos lugares de Madrid en los que ir en transporte público. Tuvieron que buscar la forma más adecuada de ir desde el metro de Marqués de Vadillo a los diferentes puntos y después al punto elegido de encuentro, este es Sol. En este caso, los familiares esperaron en Sol hasta que su familiar llegara desde el punto de inicio.

Una vez llegaron todos, cada uno contó su experiencia y como se había sentido sabiendo el voto de confianza que tenía su familiar sobre ellos.

Día 14

Para continuar con la última semana, realizamos una actividad de memoria intentando recordar los temarios de los que hablaron en las anteriores sesiones de del taller de Cruz Roja.

Tras haber recordado lo de las últimas sesiones. Nos dirigimos a la “sede” de Cruz Roja para el último taller. Allí nos encontramos con sus familiares que iban al grupo como una persona más. En esta última sesión nos dieron una charla sobre los medicamento y el uso correcto. Si alguno tenía alguna duda fueron preguntado durante el taller. A continuación al igual que en las otras sesiones, se pusieron de acuerdo para saber que paseo realizar por Madrid Río, cuando ya supieron cuál hacer se dirigieron hasta allí y lo realizaron. Los usuarios volvieron al centro y los familiares a sus casas.

Día 15

Para esta sesión de manejo del dinero y compras. Trajeron una lista de la compra planificada con los diferentes alimentos que comprar para las comidas que iban a realizar en esta semana. Los colocaron por categorías y buscaron el precio de cada producto para así poder realizar el cálculo de manera más fácil.

Una vez realizado el cálculo se dirigieron de forma independiente al supermercado para comprar lo necesario. Al finalizar y volver al centro los familiares acudieron para revisar con ellos si la compra estaba hecha de manera correcta. La cuál estaba hecha perfectamente.

Día 16

Para finalizar la intervención cada uno cogió su móvil/tablet y realizó las diferentes acciones que habíamos hecho con el móvil/tablet en los días anteriores. Realizando os pasos correctamente; utilizar correo electrónico, escribir correos, buscar números de teléfono, apuntar contactos nuevos, utilizar google para búsquedas, imágenes. Utilizar youtube para buscar canciones o vídeos.

Buscar supermercados para ver los precios y los productos. Leer el periódico que quieran. Buscar noticias. Descargar aplicaciones adecuadas para ellos.

Cada uno realizó estas acciones de forma independiente y buscando sus intereses personales.

