



Universidad
Zaragoza



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso Académico 2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO

ESQUIZOFRENIA Y VULNERABILIDAD. TERAPIA OCUPACIONAL Y
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMO MEDIO DE INTERVENCIÓN ANTE
LAS LIMITACIONES EN LA PARTICIPACION SOCIAL.

SCHIZOPRENIA AND VULNERABILITY. OCCUPATIONAL THERAPY AND
PSYCHOSOCIAL REHABILITATION AS A MEANS OF INTERVENTION TO THE
LIMITATIONS IN SOCIAL PARTICIPATION

Autor/a: Óscar Salinas Tabuenca

Tutor/a: Lucía Monteagudo Egea

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
METODOLOGÍA	8
FASES Y ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA	10
FASES DEL PROGRAMA	10
ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA	12
DESARROLLO (I)	13
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL	13
ACCIONES Y ACTUACIONES DEL PROGRAMA	14
RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES	21
DESARROLLO (II): EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	22
EVALUACIÓN DEL PROCESO	22
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	22
EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN	23
CONCLUSIÓN	24
BIBLIOGRAFÍA	25
ANEXO 1	30
ANEXO 2	32
ANEXO 3	34
ANEXO 4	40

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que afecta seriamente al individuo que lo padece, produciendo un deterioro de la percepción, pensamiento, afectividad y conducta.

Las características esenciales de la esquizofrenia engloban una mezcla de signos y síntomas, tanto positivos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado...) como negativos (aplanamiento afectivo, disminución de la fluidez del pensamiento y del lenguaje...) que ocasionan consecuencias negativas a nivel personal y en relación a la interacción social y familiar.

Partiendo del modelo de Vulnerabilidad, una vez vista la variabilidad sintomática a la que se enfrentan, obtendremos un punto de partida para explicar la predisposición que tiene un individuo a iniciar y a volver a desarrollar un episodio psicótico cuando las circunstancias vitales tanto internas como externas producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia de dicho individuo.

Un punto importante durante el proceso será la evaluación de estas circunstancias que rodean a la persona como medio de análisis y perspectiva ante una posterior intervención, logrando la implicación no sólo del usuario sino de la familia en la consecución de los objetivos que formarán parte del programa.

En base a lo anterior, desde la Terapia Ocupacional a través del modelo de Rehabilitación Psicosocial y con la ayuda del marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional, realizaremos un programa de intervención dirigido hacia aquellas limitaciones en la participación social, de tal manera que logremos aumentar la calidad de vida y reducir el nivel de restricción en la participación al que están expuestos los diferentes individuos.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es con mayor probabilidad, la enfermedad o grupo de enfermedades más complejas que pueden afectar al cerebro humano, siendo la prevalencia de la misma en relación a la población general del 1%, es decir, 1 de cada 100 personas puede presentarla. ⁽¹⁾

Este "Trastorno del Espectro Esquizofrénico", denominación que adquiere tras la reciente publicación de la 5ª edición del manual (DSM-V), elimina los diferentes subtipos (paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual) que ahora pasan a ser llamados "especificadores", con el objetivo de detallar el diagnóstico según el síntoma que predomine en la evaluación. ⁽²⁾

Como puede observarse en el *Anexo 1*, este trastorno engloba una serie de alteraciones de la percepción, del pensamiento, de la afectividad y del comportamiento de un individuo, siendo predominantes las ideas delirantes y las alucinaciones, sin olvidar aquellas que pueden producirse a nivel cognitivo, del lenguaje y en relación a la ingesta y patrón del sueño, entre otras. ^{(4), (5)}

Destacar que, como citan Machado & Morales 2013 "cada uno de los individuos que sufren este trastorno tienen una única y propia combinación tanto de los síntomas como de experiencias, ya que están influenciados por circunstancias particulares". ⁽³⁾

Pero... ¿Cuál es la etiología de la esquizofrenia?, bien es cierto, que continúa envuelta en un misterio sin resolver a pesar de los numerosos intentos de ser explicada, ya sea a través de diferentes autores como de diversos modelos etiológicos.

Estos modelos se situaban entre dos polos, aquellos que la consideraban como un trastorno biológico y otros que la consideraban como un trastorno básicamente psicosocial, pudiendo ser compatibles ambas posturas dentro de un modelo multifactorial.

Es aquí, en la revisión de estos factores donde cobra importancia el Modelo de Vulnerabilidad. Este modelo (Zubin y Spring, 1977) postula, que todo individuo está expuesto a un determinado grado de vulnerabilidad que bajo

unas circunstancias determinadas puede desencadenar un episodio de esquizofrenia cuando las circunstancias vitales, tanto externas como internas, producen un grado de estrés tal, que supera el umbral de tolerancia de dicho individuo.

Establece una desigualdad entre vulnerabilidad y episodios del desorden, entendiendo por el primero un rasgo relativamente permanente y duradero mientras que el segundo es considerado como un estado que aparece y desaparece, es decir, posee un carácter temporal.

Asume, por tanto, que el concepto de esquizofrenia no implica un desorden crónico, sino una vulnerabilidad permanente a desarrollar dicho desorden. ^(6,7)

La utilización de este modelo nos va a permitir identificar qué factores de riesgo, ya sean personales o ambientales, pueden desencadenar ese nivel de estrés del que hablábamos, de tal manera que mediante la búsqueda de factores protectores pueda prevenirse la aparición de un nuevo episodio de desorden en ese individuo vulnerable. ⁽⁸⁾

En relación a lo anterior es significativo tener en cuenta que, como bien expresa Bellack, Green, Cook, Fenton, Harvey, Heaton et al., 2007 citados por Petkari, 2010, p. 4, "en las personas con esquizofrenia, se observa una alteración de su capacidad para responder a los requisitos de la vida social, del manejo de problemas y la superación de las dificultades de la vida diaria. Esta alteración, se refleja en varios aspectos sociales de su vida, teniendo una habilidad reducida tanto para ejercer papeles sociales como para mantener relaciones interpersonales". ⁽³⁾

En este sentido Mosey 1996, define la participación social como los "patrones de comportamiento organizados que son característicos y esperados de un individuo o de una posición determinada dentro de un sistema social, a nivel de la comunidad, familia, compañeros y amigos". ⁽⁹⁾

Estas limitaciones tanto a nivel personal como social del individuo se traducen en la mayoría de los casos, en una desadaptación respecto al entorno que les rodea, bien por un deterioro en los hábitos y rutinas o como resultado de un desequilibrio ocupacional. ⁽¹⁰⁾

El principal procedimiento para actuar contra este desequilibrio es a través de la Terapia Ocupacional, donde la ocupación es su concepto básico, recalcando, que el concepto de ocupación va más allá de lo que el propio término evoca ya que éste es empleado como fin terapéutico, significativo para la persona dentro de su contexto vital. ⁽¹¹⁾

Autores como Gary Kielhofner y Reed y Sanderson (1999), expresan que la participación en distintas ocupaciones a lo largo de la vida contribuirá en el desarrollo social y emocional del sujeto, así como en el aprendizaje de habilidades y destrezas para su adaptación al entorno. ⁽¹²⁾

Basándonos en las distintas intervenciones sobre individuos diagnosticados de esquizofrenia en las que nuestra disciplina interviene, se observa que actuar en base a un adecuado soporte terapéutico contribuirá a una buena evolución de la enfermedad, siendo conscientes de que este trastorno no puede ser un impedimento para su funcionamiento psicosocial y la normal integración del individuo en su medio. ⁽¹³⁾

Las consecuencias que se derivan del Modelo de Vulnerabilidad, así como las investigaciones y experiencias al respecto, colocan al Modelo de Rehabilitación Psicosocial en una posición central en el abordaje del mismo, proporcionando estrategias de intervención que trascienden de lo estrictamente sintomático y que van dirigidas hacia los distintos factores de riesgo socioambientales.

Por lo tanto, va a guiarnos en el camino hacia el objetivo en el que el individuo pueda desarrollar nuevas competencias que le permitan desenvolverse de manera adecuada con su entorno, a la vez que se trabaja con el mismo para generar recursos y apoyos que faciliten el desempeño y su integración mediante el procesamiento de nuevas formas de relación. ^(14,15)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), en esta línea, reflexionaba acerca de que la conservación de una red relacional interconectada con esta sociedad sería una medida de protección de la salud mental de la población.

(16)

Considerar, además de los modelos nombrados con anterioridad, la importancia del Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional y del Modelo de la Ocupación Humana (Gary Kielhofner 1980).

En el Anexo 2 se refleja la ordenación que este marco de referencia establece en relación a las distintas áreas de ocupación, así como los componentes que fundamentan dicho Modelo de la Ocupación Humana. (9, 17)

Mientras el primero, nos aporta la terminología propia de nuestra disciplina y nos sirve de guía durante la intervención, el segundo nos va a proporcionar diferentes instrumentos de evaluación que nos ayuden a identificar los puntos fuertes y débiles de los distintos elementos de la ocupación, así como la interacción entre ambos. (13)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el funcionamiento psicosocial de la persona y recuperar el máximo grado de autonomía personal y social mediante la adquisición o desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan desenvolverse de manera adecuada en su ambiente familiar y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar qué factores influyen o limitan su desempeño ocasionando un desequilibrio ocupacional que se traduce en una dificultad en la participación social.

- Restaurar o desarrollar la capacidad para establecer relaciones interpersonales y sociales que influyan en su funcionamiento con el fin de incrementar su nivel de participación y calidad de vida.
- Determinar los factores de riesgo a los que están expuestos los diferentes individuos posibilitando el desarrollo de aquellos factores protectores que ayuden a controlar y reducir el nivel de estrés y vulnerabilidad.
- Apoyar, asesorar y entrenar a las familias de forma que puedan llegar a ser más competentes en relación al cuidado, comunicación y convivencia con su familiar enfermo.
- Recuperar los roles sociales necesarios que un individuo establece a nivel de comunidad, familia y amigos.

METODOLOGIA

Para la realización de este programa se han consultado diferentes bases de datos: Dialnet, Psicoméd, Scielo.

Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido: "Esquizofrenia", "Participación Social", "Terapia Ocupacional en Salud Mental", "Rehabilitación Psicosocial" y "Vulnerabilidad".

Además, se ha obtenido información proveniente de diversas revistas electrónicas, revistas propias de Terapia Ocupacional, portales web en español e inglés y libros especializados en la patología objeto de estudio, a través de los cuales se ha podido obtener además de artículos originales, terapias de intervención basadas en la evidencia.

El programa de intervención se llevará a cabo en un Centro de día, recurso sanitario integrado en la red de Salud Mental de uso público diurno dirigido a la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales en estado de cronicidad.

Con el objetivo de ofrecer una intervención específica y que se adapte a las características del programa, realizaremos unos criterios de inclusión y exclusión que limiten la población objeto de intervención.

Los criterios de inclusión son:

- Usuarios con una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Enfermo mental crónico diagnosticado de esquizofrenia con dificultades en su adaptación social y personal que impida su integración y participación social plena.
- Formar parte de la red psiquiátrica pública y estar en seguimiento.

Los criterios de exclusión son:

- Ser menor de edad o superar el rango de edad establecido en los criterios de inclusión.
- Enfermo mental crónico diagnosticado de un trastorno que no cumple los requisitos establecidos para el diagnóstico de la esquizofrenia.
- Trastornos derivados de dependencias como la drogadicción o el alcoholismo.

FASES Y ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

FASES DEL PROGRAMA

Se han elaborado una serie de fases que conformarán la totalidad del proceso de atención de los usuarios que accedan al programa. La duración total del mismo será de 12 meses y las fases que compondrán el programa serán las siguientes:

Fase previa: Acogida y enganche

Esta fase de una duración aproximada de 1 mes, tendrá como objetivo conocer al paciente y crear un sentimiento de motivación que aumente su implicación en el programa.

Mediante una entrevista inicial, desde Terapia ocupacional se expondrá de manera global las características y objetivos del programa y se le mostrará el horario provisional que le ha sido asignado donde se reflejan aquellas actividades que se ajustan más a sus características y necesidades pudiendo modificarse en función de sus intereses.

1ª Fase: Evaluación

Tendrá como objetivo fundamental conocer de un modo global las características, capacidades, expectativas, dificultades y problemáticas del usuario en relación a su funcionamiento tanto personal como social, determinando las necesidades de apoyo que precise.

Será constante y dinámica durante todo el programa y se ejecutará a través de fuentes indirectas (historia clínica y ocupacional, datos de otros profesionales) y por medio de fuentes directas (entrevistas, cuestionarios, escalas y mediante observación).

Además, estas herramientas se utilizarán con el objetivo de valorar los factores de riesgo personales y ambientales que pueden actuar como mediadores ante un nuevo episodio psicótico englobando no solo el ámbito de intervención al usuario sino también a la familia.

2ª Fase: Intervención

Supondrá el inicio de la participación en los diversos subprogramas en función de los objetivos que se habían marcado. Constituirá el grueso de la intervención con una duración aproximada de 10 meses pudiendo diferenciar dos estrategias de intervención:

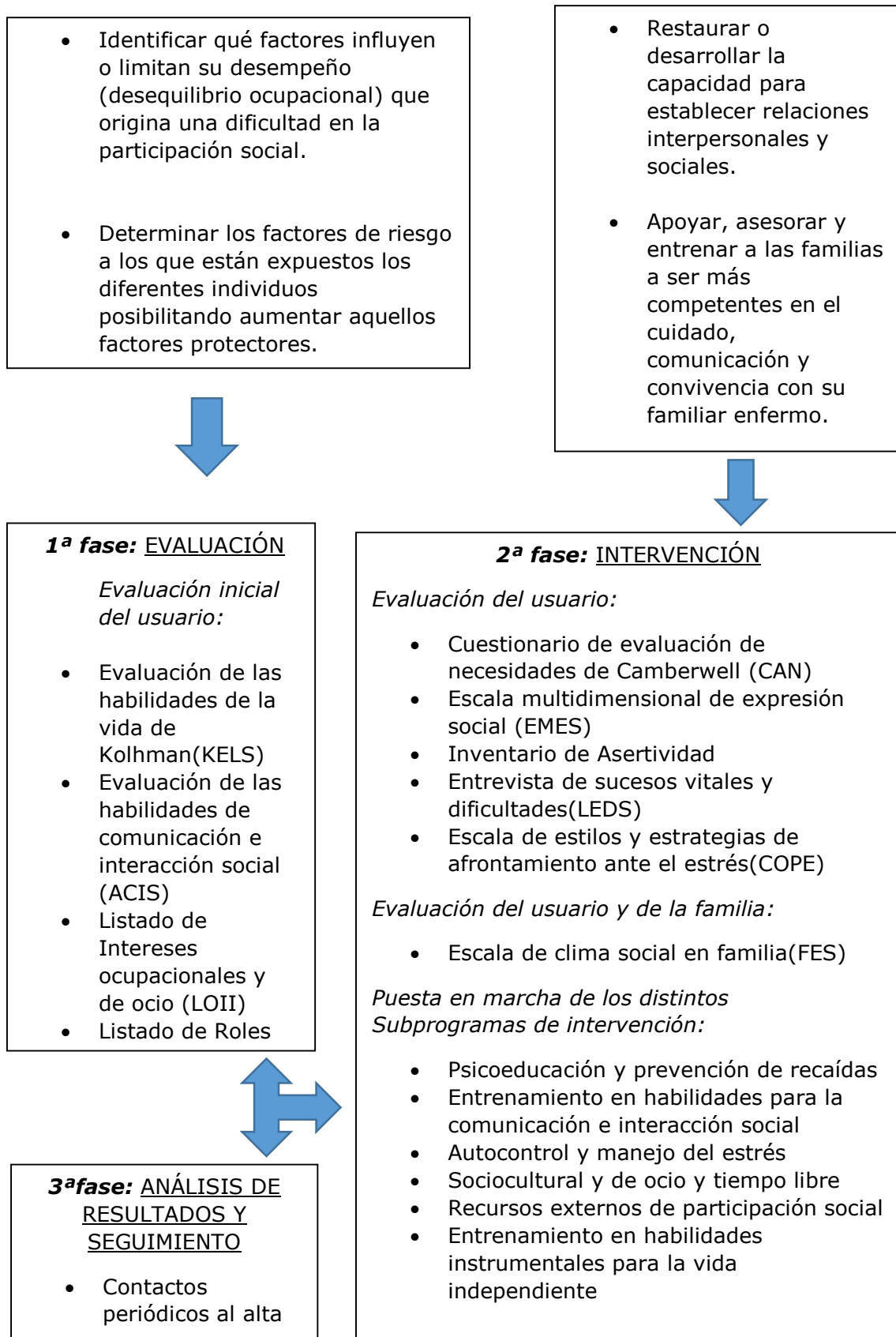
- *Atención individual:* Mediante tutorías individualizadas en las que se trabajará contenido de índole personal y entrenamiento.
- *Atención grupal:* Destinada a aumentar la capacidad para afrontar distintas situaciones interpersonales y desarrollar la interacción social a través de las distintas actividades y talleres.

3ª Fase: Análisis de resultados y seguimiento

Una vez valorada la consecución de los objetivos mediante las diferentes herramientas de evaluación se llevará a cabo, si es preciso, un seguimiento del progreso que constará de una serie de contactos periódicos sin una duración establecida.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

OBJETIVOS



DESARROLLO (I)

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL

Se establecerán en base a diversas herramientas de evaluación. Estas nos darán la posibilidad de evaluar las necesidades de los individuos y registrar la existencia de un problema actual en torno a diferentes actividades dentro de su contexto vital, teniendo la posibilidad de valorar la interacción y comportamiento social de los mismos. Además, nos permitirán identificar los intereses y el grado de atracción que expresan hacia estos, así como obtener información acerca del tipo de rol que desempeñan indicando la importancia y el significado que tienen en el curso de sus vidas.

Las escalas que se utilizarán serán las siguientes:

- Evaluación de las habilidades de la vida de Kolhman (KELS)
- Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción social (ACIS)
- Inventario de intereses ocupacionales y de ocio (LOII)
- Listado de Roles

Las diversas fuentes consultadas indican que, la esquizofrenia, de forma general y salvando la gran variabilidad en cuanto a la presentación del trastorno, puede provocar un deterioro en el desempeño global de la persona presentando alteraciones en relación a las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado e higiene personal..) y respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria las cuales requieren un nivel de interacción más complejo (movilidad en la comunidad, compras, gestión del hogar, etc.) como resultado de la dificultad en la adquisición de habilidades y destrezas necesarias para un correcto desempeño ocupacional.

También, puede verse alterada la participación social en los diferentes niveles (comunidad, familia y amigos) dificultando la asunción de roles considerados como vitales para una persona.

La pérdida de interés por participar en las distintas situaciones de ocio y tiempo libre se presenta a menudo como resultado de una falta de motivación y debido a las dificultades de comunicación e interacción social. ^(18, 19)

En conjunto, la dificultad para desempeñar ocupaciones significativas tanto básicas como instrumentales, la no asunción de roles necesarios y las consecuencias añadidas de los factores contextuales y ambientales que influyen en el desempeño, pueden producir un desequilibrio ocupacional que ocasione una restricción en la participación social por lo que sería necesario iniciar acciones ante esta limitación.

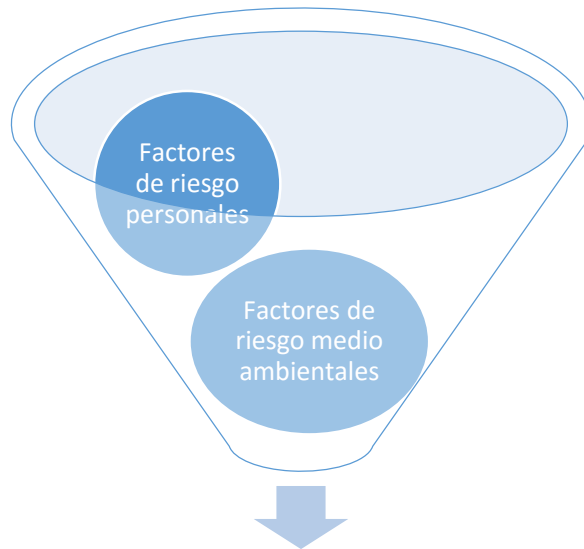
ACCIONES Y ACTUACIONES DEL PROGRAMA

Girarán en torno al usuario y la familia, dos ejes que serán complementarios en la consecución de los objetivos desarrollados de la siguiente manera.

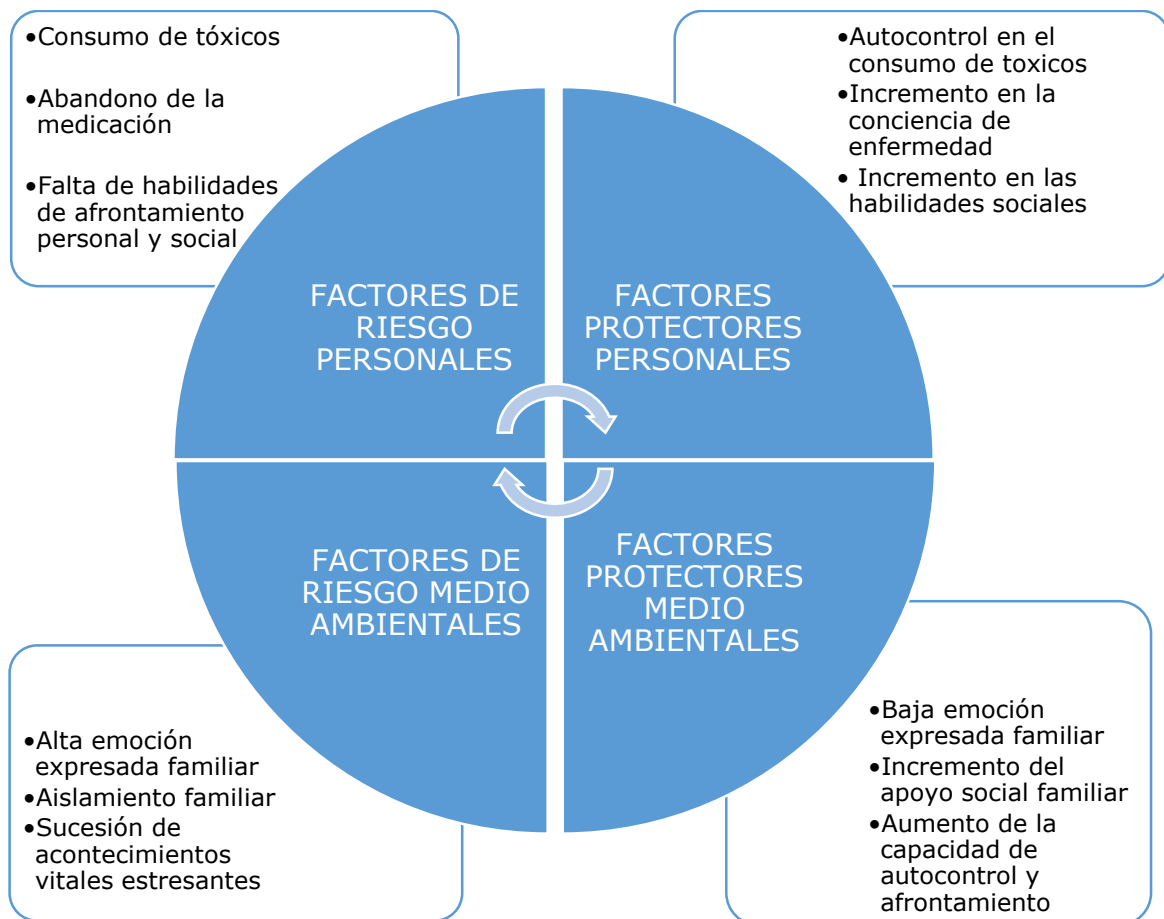
1ª fase: Evaluación

De manera previa a la intervención sobre estos dos ejes, es necesario hacer hincapié en aquellos factores que, durante la realización de este programa, han servido de punto de partida para explicar como un individuo vulnerable puede verse afectado y predispuesto a desarrollar un estado que conlleve una nueva recaída en forma de episodio psicótico.

En el siguiente gráfico se exponen estos factores ⁽²⁰⁾, de manera que podamos intervenir sobre ellos reduciendo las consecuencias que se derivan de los mismos.



Estres y vulnerabilidad



➤ Actuación sobre el usuario

En 4 sesiones de 60 minutos, espaciadas en el tiempo y en la línea de la evaluación inicial se procederá a pasar una serie de herramientas de evaluación entre las que se encuentra el Cuestionario de evaluación de las necesidades de Camberwell (CAN) ⁽²¹⁾ que proporcionará información sobre las necesidades básicas en torno al usuario (cuidado personal y del hogar, actividades diarias, movilidad en la comunidad estado del tratamiento, compañías y riesgos, etc.) dando la posibilidad de identificar los apoyos que recibe y que necesita a tres niveles (familia, amigos y sociedad) valorando como la ausencia o presencia de los mismos puede influir en su funcionamiento psicosocial y actuar como mecanismo estresor.

Con el objetivo de medir el comportamiento de los usuarios en distintas situaciones sociales y su capacidad para responder asertivamente en contextos que de alguna manera lo exigen, obtendremos una relación entre las alteraciones que se producen a este respecto y la influencia a la hora de limitar la participación social. En este caso las escalas EMES ⁽²²⁾ y el Inventario de Asertividad ⁽²³⁾ respectivamente, serán las utilizadas.

Por último y sirviendo de mecanismo directo de enlace con los factores de riesgo antes comentados, será necesario medir mediante la Escala de sucesos vitales⁽²⁴⁾ la frecuencia de acontecimientos vitales estresantes que experimenta el usuario (problemas de pareja, familiares, económicos, consumo..) y su capacidad para adquirir estrategias de afrontamiento (planificación, apoyo emocional, negación, aceptación) que reduzcan ese nivel de estrés y vulnerabilidad que puede traducirse en un nuevo episodio del desorden.(COPE) ⁽²⁵⁾

➤ Actuación sobre usuario y familia

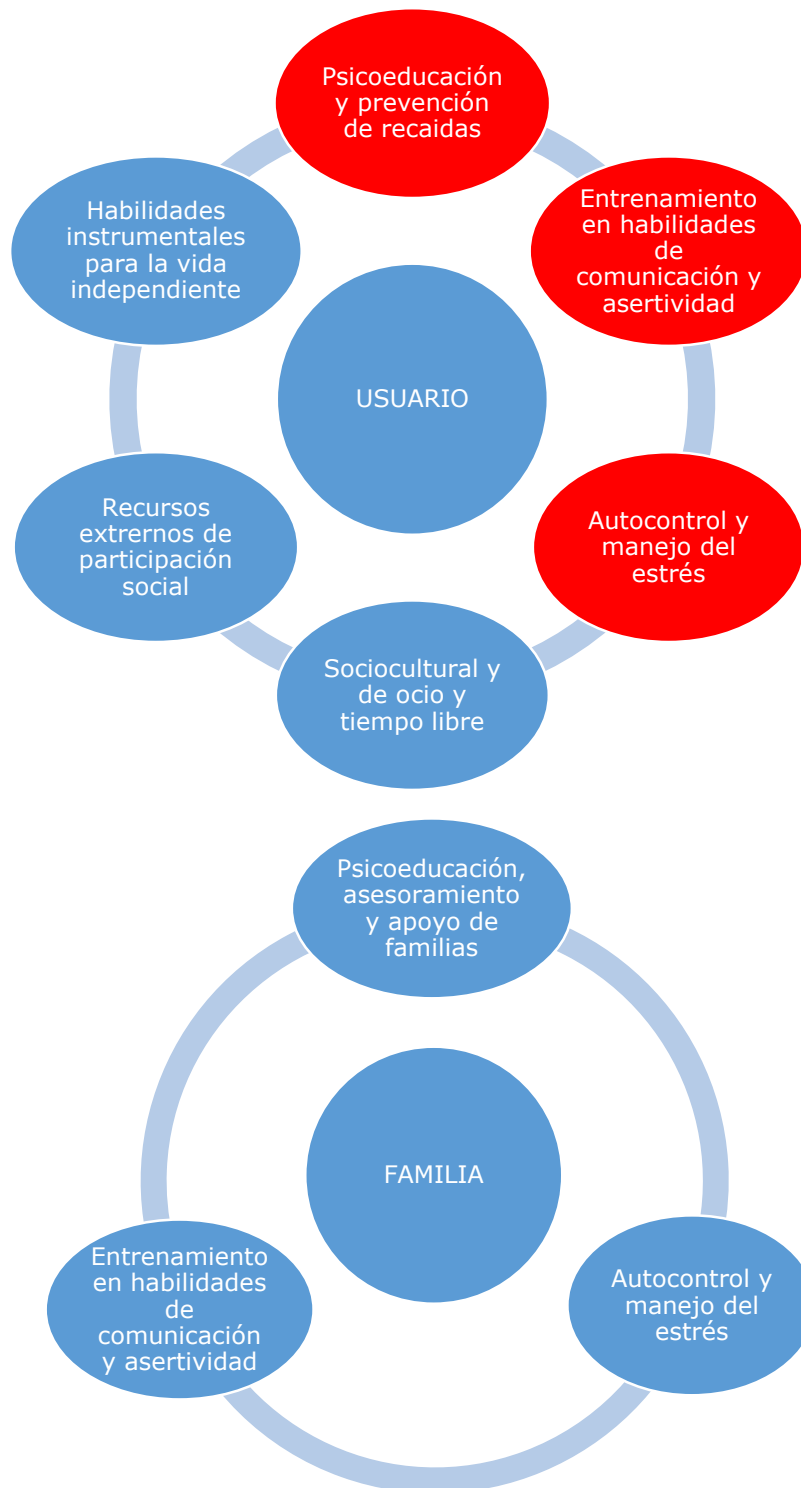
Se citará a ambos en una reunión donde el objetivo principal reside en valorar las características ambientales del grupo familiar. La importancia radica en la familia como estructura y proceso de desarrollo común valorando si existe una desestructuración y cómo esta influye en el usuario.

Además, será preciso analizar las relaciones interpersonales entre sus miembros de tal forma que podamos determinar la existencia de actitudes críticas, hostiles o sobreprotectoras hacia el usuario que tanto de manera directa como indirecta incrementen el nivel de estrés al que está sometido y que lo acerquen arriesgadamente a su umbral de tolerancia. En este caso la herramienta usada será la Escala de Clima Social en Familia (FES).⁽²⁶⁾.

2ª fase: Intervención (Incorporación a los subprogramas y actividades)

Puesta en marcha de los diferentes subprogramas en los que tanto los usuarios como las familias serán participes y que se desarrollarán durante el tiempo que dura la fase de intervención.

En los siguientes gráficos podemos observar la distribución de los mismos:



Aunque en el Anexo 3 podemos observar de una forma más específica el desarrollo de cada subprograma, las características esenciales son:

- Entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad:

Estará dirigido al desarrollo de las habilidades de comunicación y asertividad de los usuarios con el objetivo de observar sus conductas, corregirlas y adiestrarlas para extrapolarlas a contextos cotidianos de la manera más normalizada posible facilitando una interacción social exitosa con compañeros, familia y amigos.

- Psicoeducación y prevención de recaídas

Con el objetivo de favorecer el desarrollo de actitudes favorables hacia la enfermedad y mantener un nivel de vida saludable, se pondrá en conocimiento información básica acerca del trastorno de tal forma que se pueda hacer frente al desconocimiento que muchos usuarios pueden tener en relación a su patología y que puede originarles estrés y ansiedad.

- Autocontrol y manejo del estrés

Las razones por las que hay que considerarlo como vital guardan relación con el modelo de vulnerabilidad ya que el estrés y la ansiedad que se deriva de la interacción con el medio y las dificultades que se han reflejado a lo largo del proceso posibilitan que pueda superarse el umbral de tolerancia al mismo incurriendo en una nueva recaída si no se logra identificar aquellas situaciones que lo producen logrando manejarlas de manera adecuada fortaleciendo su capacidad y motivación para enfrentarse a nuevas situaciones cotidianas.

- Habilidades instrumentales para la vida independiente

Dirigido al entrenamiento en habilidades que posibiliten un correcto funcionamiento ocupacional del usuario, una correcta adaptación a los servicios de ocio y tiempo libre (gestión y manejo del dinero) y al uso adecuado de transportes públicos y de recursos que posibiliten el desarrollo de competencias que permitan desenvolverse de manera autónoma e independiente en su comunidad.

- Sociocultural y de ocio y tiempo libre

Orientado a la búsqueda de intereses de ocio y tiempo libre que favorezcan la participación de los usuarios en diferentes situaciones sociales. De manera grupal puesta en común de diversos eventos de interés y ocio que se realizan en la ciudad y que son de su agrado para, una vez seleccionados, ser puestos en marcha.

- Recursos externos de participación social

Se llevarán a cabo tutorías individualizadas con cada usuario donde se informará sobre recursos externos de participación a los que podrían inscribirse de acuerdo con sus aficiones e intereses (museos, teatros...).

- Psicoeducación, asesoramiento y apoyo de familias

Actuar sobre aquellas personas que forman parte del contexto personal del usuario y que en consecuencia están expuestos a cierta carga y estrés emocional el cual, si no se administra de manera correcta, puede acarrear efectos negativos sobre la estructura y núcleo familiar y en consecuencia sobre el usuario vulnerable.

3ª fase: Análisis de resultados y Seguimiento

Con el alta de los diferentes usuarios que hayan logrado los objetivos que se planteaban en el inicio del programa, se determinará la asistencia a contactos periódicos en el departamento de Terapia Ocupacional donde se valorará si se siguen cumpliendo los objetivos que se marcaron.

RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES

En primer lugar, hacer referencia a aquellos personales formados por el Terapeuta Ocupacional encargado de tutorizar el programa y a dos monitores de tiempo libre encargados de apoyar y asistir al Terapeuta Ocupacional durante la intervención.

En segundo lugar, como recursos materiales, el despacho de Terapia Ocupacional donde se realizarán las entrevistas y tutorías individualizadas con los diferentes usuarios y las salas y talleres adecuadas que permitan el desempeño de las actividades.

DESARROLLO (II): EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

EVALUACION DEL PROCESO

Con la realización de este programa se pretende que en un 90% se cumplan los objetivos que se habían fijado al inicio del mismo.

De manera fundamental se espera que el porcentaje de usuarios evaluados sea del 85% de manera que facilite la dinámica de intervención posterior. Se confía que la asistencia de los usuarios tanto a las diferentes actividades como a las tutorías individualizadas sea superior al 75% y que los valores en cuanto a abandonos no superen el 10%. En relación a las familias se espera que la asistencia y apoyo supere el 90% siendo un plus añadido en la consecución de estos objetivos.

EVALUACION DE RESULTADOS

Se espera que el balance respecto al inicial sea favorable y en torno al 90% de los usuarios adquieran el grado máximo de autonomía que les permita participar en diferentes situaciones tanto personales como sociales del modo más normalizada posible.

En relación a lo anterior, las expectativas son altas respecto al desarrollo de habilidades y estrategias que permitan desenvolverse de manera independiente y segura en su vida diaria y en la comunidad originando un abanico de posibilidades de participación social.

Es en esta participación en la que se esperan resultados favorables elevados en los que los usuarios mejoren y normalicen su actitud y comportamiento en los distintos tipos de encuentro social una vez restauradas y desarrolladas

las habilidades que permiten una interacción exitosa tanto a nivel personal como social.

En cuanto a los resultados de intereses y roles, las perspectivas de crecimiento son considerables aumentando, además de la motivación para participar en distintas situaciones que sean de agrado e interés, la adquisición de roles que se habían perdido tras esa retracción y restricción en la participación social.

Se confía en que los resultados en torno a las necesidades básicas del usuario y las relaciones que se establecen en el núcleo familiar se dirijan hacia un punto en el que confluya una perspectiva común que incluya los apoyos necesarios para hacer frente a las necesidades que ambos tengan en su día a día posibilitando una organización y estructura familiar rígida pero a la vez flexible cuyo mantenimiento suponga un estímulo positivo y no algo que influya de manera negativa desestabilizando al usuario.

Para finalizar, a pesar de las distintas circunstancias que rodean a cada usuario, se esperan resultados propicios en la capacidad de afrontamiento ante las distintas situaciones de estrés que se produzcan logrando reducir la posibilidad de recaída mediante el aprendizaje y control de aquellas que se salen de la normalidad, suponiendo esto un dato destacable e influyente en el desarrollo personal y social del individuo.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

Se dispondrá de una encuesta de satisfacción dirigida hacia todos los implicados en este proceso (usuarios y familiares) para valorar la calidad del programa. La herramienta de la que se dispondrá estará desarrollada en el anexo número 4.

CONCLUSION

A lo largo del tiempo, son numerosas las investigaciones e intervenciones que se han llevado a cabo en esta patología y aunque aún surgen numerosas dudas al respecto sigue habiendo numerosos descubrimientos.

Se pretende enfatizar en el concepto de vulnerabilidad, concepto de dimensión amplia, pero a la vez de consecuencias directas, el cual nos lleva a pensar que una intervención sobre los factores de riesgo que alteran esta vulnerabilidad latente posibilitará el acercamiento hacia un modo de entender la esquizofrenia, no como una patología de etiología desconocida, sino como la causa final de una miscelánea multifactorial.

Por lo tanto, este desenlace podría cambiar mediante la actuación sobre aquellos ejes que complementan y sostienen al usuario dentro de su contexto más personal de tal manera que identificando y reduciendo aquello que haga desplazar el equilibrio vital que consideramos como normalizado, potencie su salud y calidad de vida y en la medida de lo posible, logre su integración y participación social plena en todos los niveles.

BIBLIOGRAFIA

1. Vallejo, J; Leal, C. Tratado de psiquiatría. Barcelona. Ars Médica; 2004.p. 973-1034.
2. Rus Calafell M, Lemos Giraldez S. Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. C. Med. Psicosom [revista en internet] 2014. [acceso 20 abril de 2016]; (111): 89-93. Disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/Esquizofrenia-otros-Trastornos-Psicoticos-Principales-cambios-DSM-5.pdf>
3. Montaña L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Revista Vanguardia Psicológica [revista en internet] 2014. [acceso 14 de abril de 2016]; 4(1): 86-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815165.pdf>
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
5. National Institute of Mental Health [sede web]. Executive Boulevard: Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos; [acceso 30 de abril de 2016]. Esquizofrenia. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/>

6. Dialnet. [base de datos en internet]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; [acceso 23 de abril de 2016]. Obiols Jordi, Vicens Vilanova J. Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2003; 3(2): 235-250. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=765860>
7. Dialnet [base de datos en internet]. España: Universidad Autónoma de Madrid; [acceso 23 de abril de 2016]. Ruiz Vargas JM. Vulnerabilidad, alto riesgo y prevención de la esquizofrenia: una perspectiva cognitiva. *Estudios de psicología* 1988; 36: 129-144. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/66027.pdf>
8. Pruessner M, Srividya N, Faridi K, Joober R, Malla A. Estrés y factores protectores en individuos en riesgo ultra-alto de psicosis, pacientes con un primer episodio de psicosis e individuos de control sanos. *Psiquiatria Biológica* [revista en internet] 2012. [acceso 14 de abril de 2016]; 19(1): 6-14. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90200107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=1&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v19nSupl.1a90200107pdf001.pdf
9. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [acceso 25 de abril de 2016]; [85p]. Disponible en : <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
10. García Alén L, Talavera Valverde MA, Díaz Polo K. La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. *TOG (A Coruña)* [revista en internet]. 2013; [acceso 18 de abril de 2016];

- 10(8): 86-91. Disponible en www.revistatog.com/suple/num8/familia.pdf
11. Romero Ayuso D. El sentido de la ocupación. TOG (A Coruña) [revista en Internet].2010; [acceso 18 de abril de 2016]; 7(6): 59-77. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num6/romero.pdf>
 12. Moruno Miralles P. La ocupación como método de tratamiento en salud mental. Terapia-ocupacional.com. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml
 13. Calvo Leira M. Limitación en la participación social en pacientes diagnosticados de esquizofrenia desorganizada. TOG (A Coruña) [Revista de Internet]. 2009; [acceso 18 de abril de 2016]; 7(11): 1-11. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso1.pdf>
 14. Carniglia C, Muñoz K, Flores L, Araya A, Amira A, Arancibia C et al. Rehabilitación Psicosocial para personas adultas con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad. Dpto Salud mental 2006. Disponible en: www.terapia-ocupacional.cl/documentos/miscelaneo/2006_MINSAL_2006-2.pdf
 15. Uriarte Uriarte JJ. Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria [revista en internet] 2007. [acceso 21 de abril de 2016]; 7(2). Disponible en: aen.es/wp-content/uploads/2009/04/Cuadernos7.2.pdf
 16. Dialnet [base de datos en internet]. Barcelona: Dpto. De Servei de Atenció a Inmigrants i Refugiats; [acceso 10 de abril de 2016]. Cazorla Palomo J. Las relaciones sociales en Salud Mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el Trabajo Social. Alternativas. Cuadernos de trabajo social. 2014; 21:

- 161-176. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5069898>
17. Kielhofner G. Los conceptos básicos de la Ocupación Humana. Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y aplicación. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. 11-23.
18. Escudero López MA, Cantero Garlito PA. A propósito de un caso con esquizofrenia paranoide. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009; [acceso 29 de abril de 2016]; 7(11): 1-11. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso2.pdf>
19. Vázquez Temprano N. Desempeño ocupacional de personas con esquizofrenia desde una perspectiva cualitativa. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2011; [acceso 29 de abril de 2016]; 8(7): 210-235. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/suple/num7/desempeñocualitativa.pdf>
20. Kiesler D. Beyond the Disease Model of Mental Disorders. 1ªed. Praeger Paperback: Greenwood Publishing Group; 2000. 174-191.
21. Jiménez JF, Moreno B, Rodríguez E, Torres F. Cuestionario de evaluación de las necesidades de Camberwell. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Dpto. de Medicina Legal, Toxicología y psiquiatría. 1995; Disponible en:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/FUNCIONAMIENTO%20PSICOSOCIAL/CUESTIONARIO%20DE%20EVALUACION%20DE%20NECESIDADES%20DE%20CAMBERWELL/CAN_F.pdf
22. Muñoz López M, Roa Álvaro A, Pérez Santos E, Santos-Olmo Sánchez AB, De Vicente Colomina A. Instrumentos de evaluación en Salud Mental. 1ªed. España: Pirámide Ediciones; 2012.

23. Sumarios ISOC-Ciencias Sociales y Humanidades [base de datos en internet]. [acceso 27 de abril de 2016]. Castaños S, Reyes I, Rivera S, Díaz R. Estandarización del inventario de Asertividad de Gambrill y Richey-II. RIDEP. 2010; 1(29): 27-50. Disponible en: http://www.aidep.org/03_ridep/R29/r29art2.pdf
24. González de Rivera y Revuelta JL. Morera Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. Psiquis. [revista en internet]. 1983; [acceso 7 de mayo de 2016]; 4(1): 7-11. Disponible en: http://psicoter.es/dmdocuments/83_A032_02.pdf
25. Crespo M, Cruzado JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con muestra de estudiantes universitarios. Análisis y Modificación de Conducta. 1997; 23: 797-830. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/VALORACION%20DEL%20ESTRES/COPE/COPE_F.pdf
26. Moos RH, Moos S, Trickett EJ. Escala de clima social familiar (FES). Universidad de Stanford. 1982. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/243815497/ESCALA-DEL-CLIMA-SOCIAL-FAMILIAR-docx>

ANEXO 1

ALTERACIONES PRODUCIDAS EN LA ESQUIZOFRENIA

Podemos clasificar y agrupar los síntomas en 3 categorías diferenciadas:

- Síntomas positivos
 - Delirios: Creencias falsas que no responden a la evidencia y compartidas únicamente por el enfermo. Podemos distinguir (delirios de persecución, grandeza, erotomaníacos)
 - Alucinaciones: Trastornos de la percepción que no se ajustan a la realidad y pueden ser (auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles)

- Síntomas negativos
 - Afectividad aplanada: Limitación en la capacidad para expresar sentimientos y estados emocionales.
 - Alogia: Empobrecimiento del pensamiento e ideas manifestadas mediante el habla.
 - Apatía: Falta de motivación por iniciar, mantener y terminar una actividad.
 - Bloqueo de la respuesta emocional: Bloqueos a la hora de iniciar o mantener una interacción social.

- Pérdida de interés y falta de objetivos: disminución de disfrutar de los aspectos placenteros de la vida que conducen al aislamiento social.

- o Síntomas de desorganización
 - Lenguaje desorganizado: Se produce una incapacidad para diferenciar lo que es relevante o no produciéndose una pérdida de continuidad lógica mediante un lenguaje desorganizado y fragmentado.

 - Conductas extrañas o desorganizadas: Pueden diferenciarse conductas y gestos extravagantes (manierismos).

 - Trastorno del pensamiento: Eco, robo o difusión del pensamiento.

Además de los comentados anteriormente podemos diferenciar:

- Trastornos cognitivos: alteraciones de la memoria, atención y en relación a las funciones ejecutivas (planificación, anticipación, compulsión, resolución de problemas) que afectan a la capacidad para llevar una vida normalizada.

- Trastornos del sueño y de la alimentación: Manifestado por despertares precoces e insomnio que invierten el ciclo sueño-vigilia y reducción y rechazo por la ingesta.

ANEXO 2

CLASIFICACION DE LAS AREAS DE OCUPACION DEL MARCO DE TRABAJO PARA LA PRACTICA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

<u>Actividades de la Vida Diaria Básicas</u>	<u>Actividades Instrumentales de la Vida Diaria</u>	<u>Descanso y sueño</u>	<u>Educación</u>	<u>Trabajo</u>	<u>Juego</u>	<u>Ocio y tiempo libre</u>	<u>Participación social</u>
Bañarse/ ducharse	Cuidado de los otros	Descansar	Participar en la educación formal	Intereses y actividades para la búsqueda de empleo	Exploración del juego	Exploración del ocio	Participación en la comunidad
Cuidado intestino y vejiga	Cuidado de mascotas	Dormir	Exploración de necesidades educativas informales	Búsqueda y adquisición de empleo	Participación en el juego	Participación en el ocio	Participación con la familia
Vestirse	Facilitar crianza niños	Prepararse para el sueño	Participación en la educación personal informal	Rendimiento en el trabajo			Participación con compañeros y amigos
Comer	Gestión de la comunicación	Participación en el sueño		Preparación y ajuste para la jubilación			
Alimentación	Movilidad en la comunidad			Exploración para el voluntariado			
Movilidad funcional	Uso gestión financiera			Participación como voluntariado			
Cuidados dispositivos de atención personal	Gestión y mantenimiento de la salud						
Higiene y arreglo personal	Gestión del hogar						
Actividad sexual	Preparación de la comida y limpieza						
Aseo e higiene en el inodoro							

ANEXO 2

ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MODELO DE LA OCUPACION HUMANA

Para explicar cómo se motiva, organiza y ejecuta el comportamiento ocupacional del individuo se establecen 3 subsistemas:

- Subsistema de volición: Gobierna todas las operaciones y es el responsable de iniciar y escoger el comportamiento ocupacional. Podríamos diferenciar dentro de este:
 - *Causalidad personal:* Conjunto de creencias(habilidades) y expectativas (éxito y fracaso) que una persona tiene acerca de ser efectivo en el ambiente.
 - *Valores:* Principios que guían la conducta humana, imágenes sobre lo que es bueno, correcto o importante.
 - *Intereses:* Son el dominio final del autoconocimiento en la volición y son disposiciones a encontrar ocupaciones que sean placenteras.

- Subsistema de habituación: Organiza el comportamiento ocupacional en patrones y rutinas. Distinguimos:
 - *Hábitos:* Guían la rutina y las formas en que una persona se desempeña, el grado de organización, adecuación social, rigidez y flexibilidad.
 - *Roles:* Imágenes que las personas tienen de sí mismas y de las obligaciones o expectativas que si tienen al formar parte de esos roles. Sirven como recurso de identidad.

- Subsistema de ejecución: Utilizados en la producción de un comportamiento propositivo. Podríamos diferenciar:
 - *Habilidades perceptivo-motoras:* Interpretar información sensorial, manejar objetos y así mismo.
 - *Habilidades de procesamiento:* Planificar y resolver problemas en el ambiente.
 - *Habilidades de comunicación e interacción:* Convertir y recibir información para interaccionar coordinando el propio comportamiento y adecuándolo al de los otros.

ANEXO 3

LISTADO DE SUBPROGRAMAS Y TALLERES

- Entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad:

El entrenamiento se realizará en 2 sesiones grupales por semana en el caso de los usuarios y 1 sesión por semana en el caso de la familia, ambas de una duración aproximada de 60 minutos. En ambos casos y si es necesario se trabajará con el usuario o con la familia aspectos personales que haya que corregir mediante tutorías individualizadas con una frecuencia de una sesión semanal.

Se realizarán diversas técnicas entre las que podemos nombrar la siguientes:

- *Técnica en adiestramiento de los factores que intervienen y favorecen en una interacción social* (distancia interpersonal, contacto visual, contacto físico, escucha activa, empatía respeto, autorrevelaciones, etc.)
- *Dinámicas de grupo para la mejora de las habilidades sociales* ("el entrevistador", "la cadena de interacción", "afirmaciones en grupo", "la pecera", entre otras.)
- *Técnicas específicas para la conducta asertiva* ("el disco rayado", "ignorancia", "acuerdo asertivo", "el cambio", "aplazamiento", entre otras.)
- *Role Playing* o ensayo conductual, dirigido no solo al usuario si no a la familia mediante la representación de situaciones que simulen encuentros de tipo social, con el usuario en el caso de la familia y entre

los diferentes usuarios en las sesiones grupales, pudiendo modelar las conductas buscando nuevos métodos o estrategias de comunicación que sean favorables.

- Psicoeducación y prevención de recaídas

Basado en el modelo de vulnerabilidad se expondrán aspectos relacionados con el trastorno (causas, síntomas, factores de riesgo, factores protectores, etc.) de tal manera que sean conscientes de que este puede cursar con recaídas , evitando en ocasiones la mala adherencia y toma del tratamiento y actitudes perjudiciales como el consumo de tóxicos, por lo que se establecerán pautas de actuación y consejos para el adecuado afrontamiento de tal manera que podamos lograr que mejore el curso y pronóstico de la enfermedad.

Se llevará a cabo en sesiones tanto grupales como individuales según las necesidades de cada usuario en las cuales la duración será de 60 minutos aproximadamente. Destacar la posibilidad de establecer citas con las familias para lograr concienciarles al respecto para evitar futuras complicaciones.

- Autocontrol y manejo del estrés

Para el objetivo que nos marcamos con la realización de este subprograma se emplearán diversas técnicas de afrontamiento basadas en el control de la mente y del cuerpo de tal manera que cuando determinadas circunstancias originen una situación estresante sean capaces de adquirir estrategias que impidan adoptar conductas perjudiciales que influirán de manera directa en la estabilidad de los usuarios y de los familiares.

Para ello se utilizarán técnicas de control y relajación (respiración profunda, bloquear los pensamientos, relajación muscular) y técnicas basadas en ensayos conductuales simulando futuras situaciones de estrés (ensayo de situaciones) poniendo en práctica lo aprendido.

Se llevará a cabo en sesiones grupales de 60 minutos con una frecuencia de 1 sesión por semana y en aquellas situaciones en las que se necesite mayor apoyo se realizarán de manera individual.

- Habilidades instrumentales para la vida independiente

Este entrenamiento se realizará de manera grupal con una frecuencia de una vez por semana y con una duración de 60 min adecuándose a las características del grupo, siendo flexible y estableciendo los objetivos de trabajo en base a las necesidades grupales.

Las técnicas usadas seguirán un patrón característico durante el desarrollo del mismo (instrucciones, role Playing, modelado y feedback) pudiendo diferenciar, además, ciertas temáticas sobre las que se actuará:

- Manejo del dinero.
- Alimentación.
- Mantenimiento del hogar.
- Recursos de salud.
- Recursos de transporte.
- Recursos de formación
- Recursos de ocio y tiempo libre

Estas técnicas podrán ser puestas en práctica mediante salidas al exterior específicamente diseñadas para comprobar si el entrenamiento está dando los resultados esperados y servir de mecanismo de observación ante las conductas que se establecen en situaciones y contextos reales.

- Recursos externos de participación social

En este caso, dado que la intervención se realiza en un dispositivo del sistema de salud mental y eso conlleva que los recursos de participación social sean limitados se dará la posibilidad de visitar museos, cines, teatros, realizar excursiones, exposiciones de tal manera que puedan ampliar su rango de intereses, disminuir su retracción social y además servir de puesta en práctica de las habilidades de comunicación e interacción social trabajadas durante el programa al poder relacionarse con otros usuarios que hayan tenido la misma iniciativa.

La frecuencia de las tutorías se realizará en base a la disposición de cada usuario siempre que reúnan los requisitos y capacidades que les permitan participar de estos recursos externos de manera normalizada.

- Sociocultural y de ocio y tiempo libre

Este taller, que se desarrollará durante toda la intervención se compone de 4 sesiones establecidas con una frecuencia de una por semana y el que se distinguen las siguientes fases:

- 1ª Sesión: Búsqueda de eventos de interés: Los usuarios mediante dispositivos electrónicos o información proveniente del exterior ponen en común ideas sobre distintos eventos a los que pueden acudir.
- 2ª Sesión: Elección del evento y solicitud de información: Con la elección del evento por mayoría y por la viabilidad del mismo, se establece que dos personas serán las encargadas de desplazarse al lugar a informarse. Ambos establecerán el lugar y la hora. Una vez adquirida la información, se ajustará la fecha y hora del evento.

- 3ª Sesión: Salida sociocultural: Los usuarios se dirigirán con el Terapeuta Ocupacional y los monitores al lugar del evento desde el Centro de Día.

- 4ª Sesión: Análisis de la experiencia, puesta en común y realización del collage: En la sesión posterior a la salida sociocultural se pondrá en común lo positivo de la experiencia, así como las dificultades que han podido surgir y se realizara un collage exponiendo las características más significativas del evento con el que además se fomentarán las relaciones sociales y la cooperación grupal.
 - o Psicoeducación, asesoramiento y apoyo de familias

Como se ha venido comentando durante el programa, la familia constituye un apoyo básico para el usuario formando un eje complementario constante, en la mayoría de los casos. Cuando la familia no es capaz de resistir, modular y modificar las actitudes y comportamientos perjudiciales que se producen en el seno familiar se origina un ambiente estresor que puede afectar de manera global tanto a la familia como al usuario siendo en este último caso de mayor magnitud dadas las circunstancias en las que se encuentra.

Podríamos dividir su realización en varias fases que se desarrollarían una vez al mes y en sesiones de 90 minutos de duración:

- Psicoeducación sobre la enfermedad: Al igual que con el usuario se proporcionará información a las familias sobre las características de la enfermedad ya que, aunque no la padezcan, en la mayoría de los casos, son participes de las conductas desadaptativas que pueden adoptar los usuarios y por lo tanto deben tener conciencia de ello.

- Asesoramiento y mejora en habilidades de comunicación y resolución de problemas: En relación a estas conductas desadaptativas que pueden formar parte de situaciones cotidianas la familia, mediante el asesoramiento y la adquisición de habilidades de comunicación y resolución de problemas, deben estar preparadas y saber cómo actuar de manera que esto favorezca y consiga calmar la tensión que puede generarse. Esto se llevará a cabo mediante simulación de situaciones cotidianas hipotéticas moderadas por el Terapeuta Ocupacional.

- Apoyo e intercambio emocional (Grupos de autoayuda): Como hemos comentado, aunque cada usuario tenga diferentes características y este influenciado por distintas circunstancias, suelen producirse patrones de comportamiento semejantes, por lo que la puesta en común de los mismo a los que están expuestos las diferentes familias puede contribuir en primer lugar, a descargar la tensión emocional que padecen y en segundo lugar aportar una visión diferente acerca de cómo actuar en situaciones específicas.

ANEXO 4

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO

Indique el grado de importancia que tiene para usted las siguientes preguntas: *(puntuación del 1 al 5 donde 1 significa muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 no estoy seguro, 4 de acuerdo y el 5 muy de acuerdo).*

Satisfacción general

- ¿Está satisfecho con la atención recibida por parte del servicio de Terapia Ocupacional? _____
- ¿Cree que tras el proceso de intervención ha obtenido mejora en su funcionamiento tanto personal como social? _____

Confianza y ayuda recibida

- ¿Qué confianza tiene en el Terapeuta Ocupacional y en su profesionalidad? _____
- ¿Considera que las habilidades del personal son las adecuadas para realizar la intervención? _____
- ¿El trato proporcionado por los diferentes profesionales ha sido correcto y adecuado a las circunstancias? _____
- ¿El terapeuta ocupacional intenta remediar y solucionar peticiones respecto de su salud y funcionamiento? _____
- ¿La información recibida durante el proceso ha sido constante y satisfactoria? _____

Respecto al servicio

- Valore la comodidad del centro y sus instalaciones _____
- Puntúe el horario de atención y tiempos de espera durante el servicio _____

Otros datos

- Comente otros datos de interés o aspectos que desearía mejorar

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL FAMILIAR

Indique el grado de importancia que tiene para usted las siguientes preguntas: *(puntuación del 1 al 5 donde 1 significa muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 no estoy seguro, 4 de acuerdo y el 5 muy de acuerdo).*

Satisfacción general

- ¿Está satisfecho con la atención recibida por parte del servicio de Terapia Ocupacional? _____
- ¿Cree que tras el proceso de intervención ha obtenido mejora en la relación con su familiar que posibilite un adecuada convivencia y comunicación? _____

Confianza y ayuda recibida

- ¿Qué confianza tiene en el Terapeuta Ocupacional y en su profesionalidad? _____
- ¿Considera que las habilidades del personal son las adecuadas para realizar la intervención? _____
- ¿El terapeuta ocupacional intenta remediar y solucionar las dudas generales y aquellas en relación al proceso de intervención? _____
- ¿La información recibida durante el proceso ha sido constante y satisfactoria? _____

Respecto al servicio

- Valore la comodidad del centro y sus instalaciones _____
- Puntúe el horario de atención y tiempos de espera durante el servicio _____

Otros datos

- Comente otros datos de interés o aspectos que desearía mejorar

