

Treball de Final de Màster / Trabajo de Final de Máster

Propuesta de Intervención para el Abordaje de la Motivación en Personas con Enfermedad Mental Grave

Autora / Autora: Tania Gonzalez Calvo

Director / Director: Carlos Rebolleda Gil

Tutor/ Tutor: Carlos Rebolleda Gil

Data de lectura / Fecha de lectura: del 18/10/2021 al 24/10/2021



Resum / Resumen: *Entre la sintomatología negativa directamente asociada con la Enfermedad Mental Grave (EMG) se encuentra una motivación disminuida hacia la ocupación. Esta disminución en la motivación dificulta el desarrollo de una rutina normalizada que permita a la persona mantener su autonomía, así como un nivel de calidad de vida aceptable. En este trabajo se presenta una propuesta de intervención de carácter grupal, orientada al abordaje de la motivación mediante la actividad de preparación de la alimentación. Esta intervención se desarrolla desde la disciplina de Terapia Ocupacional (TO) y se basa en los conceptos presentados en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) por Gary Kielhofner. Para el desarrollo de la intervención, se sigue la estructuración propuesta por Carmen Gloria de las Heras en su obra Proceso de Remotivación: Intervención Progresiva para Individuos con Desafíos Volicionales Severos. Durante esta propuesta se abordan los dos primeros módulos de este: módulo exploratorio y módulo de competencia. Así mismo, se proponen estrategias adaptadas e individualizadas, en función de las necesidades del grupo, para el incremento de la motivación; así como, el aumento de la autonomía en lo relativo a la actividad de la preparación de alimentos. Para la medición de los resultados se propone el uso del Cuestionario Volicional (VQ) y la Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS).*

Paraules clau / Palabras clave: *Motivación, Proceso Remotivacional, Preparación de alimentos, Modelo de la Ocupación Humana, Terapia Ocupacional.*

Abstract: *Among the negative symptoms directly associated with Serious Mental Illness (SMI) is a decreased motivation towards occupation. This decrease in motivation makes it difficult to develop a normalized routine that allows the person to maintain their autonomy, as well as an acceptable level of quality of life. In this work, a group intervention proposal is presented, aimed at addressing motivation through the activity of preparing food. This intervention is developed from the discipline of Occupational Therapy (OT) and is based on the concepts presented in the Model of Human Occupation (MOHO) by Gary Kielhofner. For the development of the intervention, the structuring proposed by Carmen Gloria de las Heras in her work Re-motivation Process: Progressive Intervention for Individuals with Severe Volitional Challenges is followed. During this proposal the first two modules of this are addressed: exploratory module and competence module. Likewise, adapted and individualized strategies are proposed, depending on the needs of the group, to increase motivation; as well as, the increase of autonomy in relation to the activity of food preparation. For the measurement of the results, the use of the Volitional Questionnaire (VQ) and the Evaluation of Motor and Processing Skills (AMPS) is proposed.*

Keywords: *Motivation, Remotivational Process, Food Preparation, Modelo of Human Occupation, Occupational Therapy.*

ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
1. MARCO TEORICO.	5
1.1. Definición de Enfermedad Mental Grave.	5
1.2. Repercusión de la EMG sobre la funcionalidad.	6
1.3. EMG y COVID-19	7
1.4. Definición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.	8
1.5. Terapia Ocupacional, Modelo de la Ocupación Humana y Proceso Remotivacional.	9
1.5.1. Definición de Terapia Ocupacional.	9
1.5.2. Modelo de la Ocupación Humana.	9
1.5.3. Proceso Remotivacional.	10
1.6. Revisión del conocimiento previo.	13
1.7. Presentación del programa.	16
2. MARCO METODOLOGICO.	17
2.1. Número de usuarios.	17
2.2. Criterios de inclusión y exclusión.	17
2.3. Infraestructura y materiales.	17
2.4. Instrumentos de medida.	18
3. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA.	20
3.1. Objetivos del programa.	20
3.1.1. Objetivo general.	20
3.1.2. Objetivos específicos.	20
3.2. Características del programa.	20
3.2.1. Módulos del programa	21
3.2.1.1. Modulo exploratorio.	21
3.2.1.1.1. Etapa 1 – Validación.	22
3.2.1.1.2. Etapa 2 – Desarrollo de la disposición para explorar el ambiente.	24
3.2.1.1.3. Etapa 3 – Elección.	26
3.2.1.1.4. Etapa 4 – Placer y eficacia en la acción.	27
3.2.1.2. Módulo de Competencia.	28
3.2.1.2.1. Etapa 1 – Internalización del sentimiento de eficacia.	29
3.2.1.2.2. Etapa 2 – Vivencia y relato de la propia Historia.	31
3.2.2. Temporalización y Cronograma.	34
4. RESULTADOS ESPERADOS.	37
5. CONCLUSIONES.	38
6. BIBLIOGRAFIA.	40
7. ANEXOS.	43
7.1. Hoja evaluación AMPS.	43
7.2. Hoja evaluación VQ.	45

1. MARCO TEORICO.

El presente trabajo está orientado a uno de los colectivos que presenta grandes alteraciones funcionales debido a su patología. Este es el colectivo de personas con Enfermedad Mental (EM).

1.1. Definición de Enfermedad Mental Grave.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5° Edición (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2014), define los trastornos mentales como un síndrome caracterizado por una alteración del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que ocasiona alteración en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo. Así mismo, asocia estos a un nivel de estrés elevado o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Dichas alteraciones se acentúan de manera notable cuando estas patologías son consideradas graves y su sintomatología se prolonga a lo largo del tiempo.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) (National Institute of Mental Health, n.d.) hace referencia al termino enfermedad mental grave (EMG) y define el colectivo de personas que las sufren como:

“Un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”

Frecuentemente, las categorías diagnosticas incluidas dentro del término EMG son las que tienen la consideración de psicóticas, debido a su amplia repercusión en todas las esferas vitales. No obstante, se pueden incluir otro tipo de trastornos, que no siendo de carácter psicótico, originan una repercusión de similar magnitud sobre la vida del paciente (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

Así mismo, determina que los principales factores que permiten clasificar una patología mental como una enfermedad mental grave son: el diagnóstico de la patología, la duración de ésta, el grado de disfunción y la gravedad clínica global (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

La duración debe ser prolongada, siendo el tiempo mínimo de evolución desde el diagnostico, de 12 meses o bien de 24 meses desde el inicio de la enfermedad. Tambien,

se contemplan aquellos casos en los que se produce un deterioro progresivo y marcado del funcionamiento en los últimos 6 meses, a pesar de la remisión de la sintomatología (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

El NIMH propone otros indicadores para incluir ciertos diagnósticos dentro de este grupo, entre ellos haber recibido tratamiento psiquiátrico de mayor intensidad que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida o bien haber recibido apoyo residencial, no hospitalario, de manera continuada originando una repercusión significativa en la vida del paciente (Conejo Cerón et al., 2014; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

En lo relativo al grado de disfunción y gravedad clínica global, para ser considerado EMG, se requiere un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto y una afectividad inapropiada grave que implique una percepción distorsionada de la realidad. El grado de disfunción se valora a través de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (American Psychiatric Association, 1994) debiendo ser menor o igual a 50, así como con la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHODAS 2.0) (World Health Organization, 2010) debiendo presentar puntuaciones mayores a 3 en todos sus ítems (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

1.2. Repercusión de la EMG sobre la funcionalidad.

El NIMH propone una serie de indicadores como medida de afectación sobre la vida diaria del paciente, abordando las diferentes áreas vitales. Respecto al área laboral, los indicadores para considerar una enfermedad mental como grave y duradera son los siguientes: que el paciente este desempleado o bien disponga de un empleo protegido, el deterioro marcado de las habilidades laborales junto con una historia laboral limitada o inexistente, la necesidad de apoyo económico público para vivir de manera autónoma, o bien, la incapacidad para gestionarse de manera autónoma. Respecto al área social, contempla la cantidad y calidad de los sistemas de apoyo social de los que dispone el paciente. Así mismo, tiene en cuenta la conducta social del individuo en relación con las demandas sociales, así como su posible implicación a nivel judicial. Por último, contempla el grado de funcionalidad, siendo determinante la capacidad de desempeñar las actividades de la vida diaria de manera autónoma, así como el grado de deterioro en las habilidades que estas requieren, contempla tanto las actividades básicas de la vida

diaria (ABVD) como las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).(National Institute of Mental Health, n.d.) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

La valoración de la discapacidad planteada por el NIMH determina de una manera bastante completa como afecta la EM a la funcionalidad del individuo. Cabe destacar la importante repercusión que esta tiene en todas las esferas personales afectando tanto al área psicológica, como a las áreas cognitiva, física, conductual, social, laboral y funcional. Todas las áreas son interdependientes, lo que ocasiona que el deterioro de una de ellas repercuta negativamente en todas las demás, originando que las consecuencias de la EM sean complejas, globales y requieran de un tratamiento multidisciplinar (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

Esta repercusión se acentúa en el caso de las EMG debido, como se ha expuesto anteriormente, a la gravedad de las patologías que engloba, al alto grado de disfunción que generan y la cronificación en el tiempo. Resulta habitual que este perfil de pacientes requiera de la coordinación de varios dispositivos, así como un tratamiento multidisciplinar e individualizado que se adecue a sus necesidades. No obstante, habitualmente requieren un largo periodo de tiempo para estabilizarse tras una crisis. Tanto durante este periodo como en el de estabilización, es habitual encontrar un déficit del desempeño funcional importante (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

1.3. EMG y COVID-19

Resulta interesante reflejar los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Instituto Nacional de Estadística, 2021) en referencia a los indicadores de salud mental en personas con problemas de este tipo, y como estos han variado a lo largo de la pandemia causada por el COVID-19. Es importante señalar que no se indica que patologías de salud mental se contemplan en el análisis, por lo que no se puede determinar si estas hacen referencia a TMG.

Los indicadores analizados en personas con problemas de salud mental son “poco interés o alegría por hacer las cosas” (prepandemia 16,97% y durante la pandemia 20,32%), “sensación de estar decaído o deprimido” (prepandemia 18,18% y durante la pandemia 20,99%), “Problemas para dormir” ” (prepandemia 19,21% y durante la pandemia 21,22%), “Sensación de cansancio” ” (prepandemia 24,57% y durante la pandemia 19,52%), “poco apetito o comer demasiado” ” (prepandemia 11,28% y durante la pandemia 10,16%), “sentirse mal con uno mismo” ” (prepandemia 8,13% y

durante la pandemia 6,42%), “problemas para concentrarse” ” (prepandemia 8,21% y durante la pandemia 7,26%), “moverse o hablar más lento o más rápido de lo habitual” ” (prepandemia 5,90% y durante la pandemia 5,51%) (Instituto Nacional de Estadística, 2020) (Instituto Nacional de Estadística, 2021)

Tras el análisis de la encuesta, se puede deducir que la pandemia ha afectado negativamente a aquellas personas que sufren una patología mental. Se puede observar cómo se han incrementado, bien en frecuencia o intensidad, algunos de los indicadores sintomáticos de patología mental (“poco interés o alegría por hacer las cosas”, “sensación de estar decaído o deprimido” y “problemas para dormir”). A causa de esto, cabría contemplar la posibilidad de un empeoramiento clínico en las personas ya diagnosticadas o bien un aumento en la incidencia de casos.

1.4. Definición de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

En lo relativo al desempeño funcional, una de las áreas que se encuentra comúnmente más deteriorada es el área AIVD debido a la gran cantidad de habilidades tanto físicas como cognitivas y sociales que requieren para su adecuado desempeño.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional en su 3º edición, incluye las AIVD dentro de las ocupaciones. Las AIVD se definen como:

“actividades de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad que a menudo requieren interacciones más complejas de las utilizadas en las actividades de autocuidado” (American Occupational Therapy Association, 2017)

Dentro del grupo de AIVD se encuentran categorizadas el cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, cuidado de los otros, gestión de la comunicación, conducir y movilidad en la comunidad, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, uso de la gestión financiera, preparación de la comida y limpieza, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia y compras y, finalmente, actividades y expresión religiosa espiritual. (American Occupational Therapy Association, 2017)

Tras analizar los principales factores que impiden el mantenimiento de las AIVD tras una enfermedad mental grave, se observa que hay una gran diversidad en función de cada uno de los casos. En ocasiones, esta limitación se produce por una falta de habilidades cognitivas superiores para desarrollarlas, en otras, por un deterioro de las

habilidades sociales y relacionales que estas requieren. También, se pueden atribuir, aunque en menor medida, a un deterioro de las habilidades físicas derivado de la patología mental que permitan soportar dichas actividades. No obstante, se identifica un factor común en la mayoría de los casos que subyace a la limitación en las AIVD, este es la disminución o pérdida completa de la motivación hacia este tipo de actividades. (Ocaña Expósito & Caballo Escribano, 2015)

Para lograr un grado de autonomía suficiente que permita al usuario realizar aquellas ocupaciones que son significativas para él, se hace necesario un tratamiento rehabilitador completo que incluya el abordaje de la motivación. La Terapia Ocupacional (TO) se presenta como una disciplina que posee las herramientas necesarias para abordar la motivación en este perfil de usuarios. (Ocaña Expósito & Caballo Escribano, 2015)

1.5. Terapia Ocupacional, Modelo de la Ocupación Humana y Proceso Remotivacional

1.5.1. Definición de Terapia Ocupacional.

La disciplina de TO se define según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), como:

“La utilización terapéutica de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el fin de mejorar y facilitar la participación en los roles, hábitos y rutinas en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad y otros escenarios”. (American Occupational Therapy Association, 2017)

El *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*, incluye en su 3º edición la motivación dentro de las características del cliente, en concreto, dentro de las funciones mentales globales relacionadas con la energía y los impulsos. Así mismo, hace referencia a la influencia de las características del cliente sobre el desempeño ocupacional. (American Occupational Therapy Association, 2017)

1.5.2. Modelo de la Ocupación Humana.

El Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) es el modelo teórico formulado por Gary Kielhofner, publicado por primera vez en 1980. Éste pretende exponer como

cada persona se motiva, organiza y desempeña en las diferentes ocupaciones. Este modelo describe tres componentes interrelacionados: La volición, la habituación y capacidad de desempeño. A continuación, se hace referencia únicamente al componente volitivo, ya que en él, se basa la motivación por la ocupación (Kielhofner, 2011)

El componente volitivo es la motivación innata por las diferentes ocupaciones. Desde este componente se explican las diferentes acciones y elecciones que una persona desempeña. El proceso volitivo tiene lugar a lo largo de la vida de cada persona. Los pensamientos y sentimientos volitivos vienen determinados por las experiencias vividas, las interpretaciones de éstas, por la capacidad de anticiparse ante oportunidades de acción y la capacidad de elegir las diferentes ocupaciones (Kielhofner, 2006, 2011)

El MOHO estructura el componente volicional a través de tres tipos de pensamientos y sentimientos que se relacionan entre ellos: causalidad personal, valores e intereses. Causalidad personal, hace referencia a la percepción de la persona sobre las habilidades propias y la autoeficiencia en la ocupación; Valores, determinan aquellas ocupaciones que son importantes, en consonancia con el contexto sociocultural. Los valores guían la participación y definen los objetivos y aspiraciones de cada persona; Intereses, determinan lo que genera placer y disfrute en la persona, se perciben a través de la selección y disfrute de la actividad.(Kielhofner, 2006, 2011)

1.5.3. Proceso Remotivacional.

Basado en la fundamentación teórica y conceptual presentada por MOHO, surge el Proceso de Remotivación: Intervención Progresiva para Individuos con Desafíos Volicionales Severos. Éste fue creado por Carmen Gloria de las Heras, debido a la falta de estrategias para intervenir con personas con un nivel volitivo muy bajo. Dicho proceso reúne las diferentes estrategias de intervención destinadas a mejorar la motivación por la ocupación de personas con problemas volicionales. El proceso se articula basado en el continuo volicional, donde se exponen los diferentes niveles de volición. Se diferencian 3 Módulos que describen el continuo de cambio ocupacional: Exploración (nivel volitivo más bajo), Competencia y Logro (nivel volitivo más alto). Cada módulo se divide en diferentes etapas que, a su vez, incluyen estrategias de intervención organizadas en una secuencia progresiva y flexible. (de las Heras et al., 2003)

El módulo exploratorio es el nivel volitivo más bajo, permite al usuario aprender sobre sus componentes volicionales, sobre nuevas formas ocupacionales, así como establecer nuevos patrones de ejecución. La exploración debe ser siempre una experiencia satisfactoria, poniendo el foco de atención en el proceso y no en el resultado; para ello requiere un ambiente seguro, estructurado y poco demandante. El módulo exploratorio tiene las siguientes dimensiones: Absolución del fracaso, proporcionando múltiples oportunidades de éxito y fracaso que posibilitan el aprendizaje; placer durante la acción, descubrimiento de la capacidad de influir sobre el ambiente; libertad de decidir lo valioso en el ambiente; y la ausencia de tiempo, puesto que se extiende a todas las etapas de la rehabilitación. (de las Heras et al., 2003)

El módulo exploratorio se divide en 4 etapas (de las Heras et al., 2003):

- Etapa 1 - Validación: es la más básica y puede ser la más larga. Los objetivos de esta etapa son:
 - Facilitar el sentido de importancia personal del paciente.
 - Facilitar un sentido básico de capacidad en el paciente.
 - Facilitar un sentido de seguridad con el ambiente.

Las estrategias utilizadas serán:

- Saludo significativo.
 - Introducción de elementos significativos en el espacio personal del paciente.
 - Participación en actividades de interés y generar interacción.
- Etapa 2 – Desarrollo de la disposición para explorar el ambiente: los objetivos de esta etapa son:
 - Facilitar la exploración de intereses en contextos novedosos.
 - Facilitar el comportamiento ocupacional iniciado.
 - Facilitar la confianza para probar cosas nuevas.

Las estrategias utilizadas serán:

- Llevar rutinas familiares a espacios nuevos.
- Facilitar la observación de otros que participen en actividades de interés.
- Invitar mediante hacer cosas en presencia del paciente.

- Etapa 3 – Elección: los objetivos de esta etapa son:
 - Continuar facilitando el desarrollo de sentimientos exploratorios.
 - Facilitar el proceso de autovalidación al explorar los propios valores e intereses mediante la actividad.
 - Afianzar el sentido de importancia y capacidad personal mediante oportunidades de elegir actividades.

Las estrategias utilizadas serán:

- Aumentar la novedad.
- Aumentar las invitaciones a participar.
- Etapa 4 – Placer y eficacia en la acción: los objetivos de esta etapa son:
 - Afianzar los sentimientos exploratorios, el sentido de la importancia personal y el sentido de capacidad mediante la participación preliminar en roles.
 - Continuar el proceso de autovalidación.
 - Afianzar la eficacia personal en la toma de decisiones.
 - Desarrollar la apreciación de las propias habilidades.

Las estrategias que se utilizarán son:

- Facilitar la participación en proyectos cooperativos.
- Incorporar la retroalimentación.

El módulo de competencia es el nivel volitivo intermedio, continua con el trabajo realizado en el módulo exploratorio, permitiendo al usuario afianzar el sentido de importancia personal. El foco pasa a ser enfrentar crecientes desafíos dentro de los roles significativos y/o aceptar cambios ambientales. En este módulo es importante tener en cuenta la microrealidad del paciente ante el cambio volicional, siendo determinante la percepción del paciente de haber enfrentado un desafío nuevo y significativo con éxito. Para asegurar esta percepción, se hace imprescindible considerar el grado de desafío y de responsabilidad que cada paciente puede enfrentar, así como ajustar constantemente estos para adecuarse a sus necesidades. (de las Heras et al., 2003)

El módulo de competencia se divide en 2 etapas (de las Heras et al., 2003):

- Etapa 1 – Internalización del sentido de eficacia: El objetivo es aumentar la autonomía a través del aumento de las demandas y desafíos. Las estrategias utilizadas serán:
 - Ofrecer acompañamiento físico y emocional en situaciones nuevas y desafiantes.
 - Facilitar el aprendizaje de destrezas cuando sea apropiado.
 - Introducir el proceso de consejería y el uso de la retroalimentación.
- Etapa 2 – Vivencia y relato de la propia historia: El objetivo es favorecer la búsqueda de desafíos de manera espontánea. puede no verse reflejado de manera consistente en el comportamiento. Es importante facilitar esta tarea.
 - Permitir momentos de reflexión.
 - Continuar el proceso de consejería.

Ya se ha hecho referencia a la gran importancia del entorno y el contexto sobre la motivación y el desempeño en la ocupación de las AIVD. El Marco de Trabajo identifica dos tipos de entornos: físico y social. El entorno físico se define como “los ambientes naturales y construidos circundantes en los que ocurren las actividades de la vida diaria (AVD)”. El entorno social “formado por la presencia, relaciones y expectativas de las personas, grupos y organizaciones con quienes el cliente tiene contacto”. El contexto está determinado por “las diferentes condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente”. Los contextos son culturales, personales, temporales y virtuales (de las Heras et al., 2003) (Kielhofner, 2006)

1.6. Revisión del conocimiento previo.

Para la identificación de investigaciones previas que siguen esta línea, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, realizada entre diciembre de 2020 y febrero de 2021, utilizando como principales bases de datos: PubMed, Cochrane, Scielo y Medline. Para la selección de los términos en español se usó la terminología de Descriptores de Ciencias de la Salud [DeCS], mientras que en el caso de los términos en inglés se usó la terminología Medical Subjects Headings [MeSH]:

Tabla 1: Descriptores

Término	Español	Ingles
<i>Trastornos mentales grave</i>	Trastorno mental	Mental Disorder
Empoderamiento	Empoderamiento para la salud	Empowerment
<i>Proceso de remotivación</i>	Conducta exploratoria	Exploratory Behavior
Actividades instrumentales de la vida diaria	Vida independiente	Independent living

Fuente: Elaboración Propia.

Los filtros utilizados en las diferentes bases de datos son los siguientes: la fecha de publicación; seleccionando los artículos publicados a partir de 2010 y el idioma; incluyendo los redactados en inglés y castellano. Así mismo, para la selección de los artículos finales, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Disponer de acceso al texto completo; acceso libre al artículo; presencia de título, resumen y texto completo adecuado al contenido de este trabajo. El operador booleano utilizado ha sido “AND” combinándolo de la siguiente manera:

Tabla 2: Búsquedas

Búsqueda en Español	Búsqueda en Ingles
“Trastorno mental” AND “Empoderamiento para la salud”	“Mental Disorder” AND “Empowerment”
“Trastorno mental” AND “conducta exploratoria”	“Mental Disorder” AND “Exploratory behavior”
“Trastorno mental” AND “vida independiente”	“Mental Disorder” AND “Independent living”
“Empoderamiento para la salud” AND “vida independiente”	“Empowerment” AND “Independent living”
“Conducta exploratoria” AND “Vida independiente”	“Exploratory behavior” AND “Independent living”

Fuente: Elaboración propia

Una vez aplicados los filtros, se obtuvieron un total de 196 artículos que cumplían los criterios seleccionados. Este número se redujo a 161, una vez se descartaron los

artículos repetidos en las diferentes búsquedas. Finalmente, tras completar la estrategia de búsqueda, los artículos seleccionados tras la lectura del texto completo se redujeron a 2.

Si bien es cierto que los artículos encontrados en la búsqueda no abordan de manera específica el Proceso Remotivacional planteado por Carmen Gloria de las Heras et al (2003); hacen referencia a los principales resultados obtenidos mediante otro tipo de intervenciones dentro del ámbito de actuación de las AIVD. A continuación, se hace referencia a las principales aportaciones de los artículos seleccionados.

Agustín Madoz-Gúrpide y sus colaboradores en su artículo “Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica” publicado en el año 2017, reflejan la importancia de la reforma psiquiátrica en el cambio de los grandes hospitales psiquiátricos frente a la inserción en la comunidad. No obstante, cuestiona que esta inserción se logre de una manera efectiva, puesto que es sostenida en gran medida por los progenitores de estos. A su fallecimiento, la falta de recursos tanto sociales como personales deja a estas personas desprotegidas. Los autores hacen referencia tanto a la necesidad de reforzar el sistema sociosanitario como a la necesidad de trabajar con estas personas para fomentar su empoderamiento y la asunción de diferentes roles, por lo que se hace imprescindible el abordaje y entrenamiento de la autonomía en las AIVD en este perfil de pacientes (Madoz-Gurpide et al., 2017)

Por su parte Wilma Swildens, Jooske van Busschbach et al, en su artículo “Trabajo eficaz en los objetivos de rehabilitación: Resultado a 24 meses de un ensayo controlado aleatorio del enfoque de rehabilitación psiquiátrica de Boston (RPB)” publicado en el año 2011, comparan la efectividad de la RPB respecto a la atención habitual prestada. Los datos muestran como el uso de la RPB mejora la participación social y las metas autoformuladas, traduciéndose esto en una mejora de la calidad de vida autopercibida por los pacientes. No obstante, no se encuentran diferencias significativas en lo relativo al funcionamiento y necesidad de atención (Swildens et al., 2011)

En base a los escasos resultados obtenidos a través de la revisión realizada, se lleva a cabo una búsqueda complementaria donde se utilizan los términos específicos de “Modelo de la Ocupación Humana” y “Proceso Remotivacional”, además se amplía el periodo de búsqueda, siendo este desde 2008 hasta 2021. No se han encontrado artículos

referentes al uso del MOHO ni del Proceso Remotivacional aplicado al entrenamiento de las actividades instrumentales de la vida diaria. No obstante, si se incluyen varios artículos que han obtenido resultados positivos en la aplicación de estos modelos en el campo de la salud mental.

Por su parte, Melton Jane, Forsyth Kirsty et al, en su artículo publicado en el año 2008 “Rediseño del programa basado en el modelo de Ocupación: Servicios hospitalarios para personas. Experimentar una enfermedad mental aguda en el Reino Unido” hacen referencia a su experiencia en la implementación del MOHO en una Unidad de Salud Mental Hospitalaria para pacientes agudos. A partir de su experiencia, han logrado que el servicio sea más sensible a los valores e intereses de los pacientes, así como que proporcione más oportunidades de participación. Los clientes se mostraron más comprometidos en las actividades significativas seleccionadas previamente por ellos mismos, aumentando la sensación de disfrute (Melton et al., 2008)

Geneviève Pepin, Francis Guérette y sus colaboradores, en su artículo publicado en el año 2008 “Experiencias de terapeutas canadienses en la implementación del Modelo de la Ocupación Humana, Proceso remotivacional” lograron aumentar la motivación orientada a la toma de decisiones a través de la aplicación del Proceso Remotivacional. Así mismo, se lograron mejoras subjetivas respecto a la esperanza hacia el tratamiento. El trabajo se elaboró a partir de las experiencias de terapeutas ocupacionales en el tratamiento de pacientes diagnosticados de depresión mayor que presentaban un bajo nivel volitivo y fuerte anhedonia (Geneviève et al., 2008)

1.7. Presentación del programa.

A continuación, se presenta una propuesta de intervención elaborada a partir de las bases teóricas propuestas por Carmen Gloria de Las Heras en su modelo práctico: Proceso Remotivacional (de las Heras et al., 2003). Este programa está orientado al abordaje de la motivación como medio para favorecer el desempeño autónomo en las actividades instrumentales en personas con diagnóstico de esquizofrenia y con un bajo nivel volitivo. Para favorecer el abordaje y debido a la gran cantidad de ocupaciones que engloban las actividades instrumentales de la vida diaria, se centrará dicha intervención en la actividad de preparación de la alimentación. En lo relativo a la metodología, como ya se ha comentado previamente, se llevará a cabo el proceso remotivacional que se enmarca en el MOHO, el cual concibe la persona de manera

holística y atiende tanto a la motivación intrínseca de las personas como a los roles y hábitos establecidos.

2. MARCO METODOLOGICO.

2.1. Número de usuarios.

El programa se llevará a cabo con usuarios ingresados en una unidad de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria (U.R.P). Para el desarrollo del programa se seleccionará un grupo de 6 usuarios, este número es tan restringido debido a la elevada necesidad de individualización del programa, de manera que suponga un reto volitivo estimulante y alcanzable para los usuarios.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión.

Se estableció como criterios de inclusión estar ingresado en una U.R.P, ser mayor de 18 años, tener un diagnóstico considerado con EMG, manifestar dificultad para desarrollar AIVD debido a la baja motivación. Así mismo, no presentar sintomatología positiva que interfiera con la realización de las sesiones, episodios de auto o hetero agresividad en el último año, o deterioro cognitivo manifiesto (Obteniendo como criterio una puntuación igual o superior a 30 en el Mini-examen Cognoscitivo de Lobo [Mini-Mental]). (Folstein et al., 1975)

Así mismo, se establecen como criterios de exclusión, aquellos usuarios que no se encuentren ingresados en la U.R.P. o menores de 18 años; pacientes que se encuentren ingresados en éstas, pero no manifiesten problemas dentro de la AIVD o bien los manifiesten por causas ajenas a una baja motivación. De igual manera, se excluyen pacientes desestabilizados psicopatológicamente cuyo grado de desestabilización imposibilite la participación en un programa de estas características, pacientes que hayan presentado episodios auto o heteroagresivos en el último año o bien presenten deterioro cognitivo manifiesto, obteniendo una puntuación inferior a 30 en el Mini Mental (Folstein et al., 1975).

2.3. Infraestructura y materiales.

Para el desarrollo del presente programa será necesario disponer de una cocina completamente equipada en el centro. También, será importante tener una zona habilitada como comedor con una mesa y varias sillas, preferentemente diferenciada y separada de la zona habitual de comedor del centro. Así mismo, será recomendable que

en el entorno del centro asistencial se disponga de supermercados y pequeñas tiendas de alimentación donde los usuarios puedan realizar las compras necesarias para desarrollar el programa

En lo referente a los materiales necesarios para el desarrollo del programa, será importante disponer del menaje de cocina para la elaboración de todo tipo de platos. Así mismo, se requerirá material variado para la limpieza de la cocina y de material de papelería (bolígrafos, folios). También será importante disponer de diferentes libros de cocina, recetarios y de un ordenador con acceso a internet donde se pueda buscar información acerca de menús y elaboración de diferentes platos.

2.4. Instrumentos de medida.

Con el objetivo de cuantificar el grado de restricción respecto a la participación en AIVD, conocer el motivo de estas y determinar el nivel de desarrollo volicional de cada usuario; se aplicarán 2 herramientas de evaluación estandarizadas y validadas para este tipo de población: VQ y AMPS.

La Assessment of Motor and Process Skills (Evaluación de Habilidades Motoras y de Procesamiento, AMPS) (Fisher & Bray Jones, 2010) es una evaluación observacional que permite medir el desempeño en las AIVD, así como la calidad en la realización de estas. Las actividades propuestas se miden en términos de esfuerzo, eficiencia, seguridad e independencia a través de una escala Likert de 6 valores (1 la ausencia de problema y 6 una problemática excesiva). Así mismo, valora 36 ítems a través de una escala Likert de 4 valores en total, siendo 16 de habilidad motora (estabiliza, alinea, posiciona, alcanza, se inclina, agarra, manipula, coordina, mueve, levanta, camina, transporta, calibra, mueve con fluidez, tolera físicamente y mantiene el ritmo) y 20 de habilidades de procesamiento (mantiene el ritmo, atiende, sigue el objetivo, escoge, usa, maneja con cuidado, pregunta, inicia, continua, secuencia, termina, busca/localiza, recoge, organiza, guarda, esquiva, nota/responde, ajusta, acomoda y se beneficia). Los diferentes ítems se valoran a través de una escala Likert de 4 puntos (siendo 4 desempeño competente y 1 desempeño defectuoso o inaceptable). Ofrece una variedad de 17 actividades, así como diferentes variantes de la misma actividad que varían en dificultad. Entre las actividades planteadas se encuentran las englobadas en la cocina con 9 tipos de actividad con diferentes demandas. Esta herramienta no se ha estandarizado específicamente en población española, no obstante, si se ha

estandarizado de manera internacional en más de 150.000 personas de edades comprendidas entre los 2 y los 100 años, encontrándose la población española dentro de esta muestra. Así mismo, la propia escala plantea tareas estandarizadas propias de la cultura española como la realización de una tortilla de patata. En lo relativo a las propiedades psicométricas, la escala ofrece una adecuada consistencia interna ($\alpha=.79$) y una validez significativa ($p=.05$), fiabilidad Test-Retest ($\alpha=.95$). (Ver Anexo 1) (Díaz Caceres & García Nevares, 2020)

El Volitional Questionnaire (Cuestionario Volicional, VQ) (American Psychiatric Association, 1994) es una evaluación observacional que valora los comportamientos (que indican la motivación por la actividad demostrados por la persona y permite controlar los cambios producidos en el Continuo Volicional. Así mismo, valora el ambiente donde se desempeñan las ocupaciones, permitiendo extraer conclusiones sobre como este apoya o restringe el desempeño. La evaluación contiene 14 indicadores que se enfocan al grado de espontaneidad del usuario para demostrar motivación y que, a su vez, se corresponden con el continuo de cambio volicional: Exploración, competencia y logro. ($\alpha=.891$). Los indicadores que se corresponden con el nivel exploratorio son: muestra curiosidad, inicia acciones/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias y muestra que una actividad es significativa/especial. Los que se incluyen en el nivel de competencia son: indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas, trata de corregir errores. Los indicadores enmarcados en el nivel de logro son: realiza una actividad hasta completarla/lograrla, invierte energía/emoción/atención adicional, busca responsabilidad adicional y busca desafíos. Cada uno de los ítems se evalúa a través de una escala de 4 puntos, siendo estos espontaneo (muestra el comportamiento sin apoyo, estructura o estímulo), Involucrado (Muestra el comportamiento con una cantidad mínima de apoyo estructura o estímulo), Dudoso (Muestra el comportamiento con máximo apoyo, estructura o estímulo) y Pasivo (No demuestra el comportamiento aun con apoyo, estructura o estímulo). Incluye una hoja de registro de los comportamientos y de las características ambientales. A pesar de ser ampliamente utilizada, esta escala no está validada en población española. (Ver anexo 2) (De las Heras et al., 1998)

3. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA.

3.1. Objetivos del programa.

A continuación, se describe el objetivo general y los objetivos específicos que se pretenden alcanzar con la realización del presente programa.

3.1.1. Objetivo general.

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

- Mejorar la motivación hacia el desempeño de las AIVDs y el funcionamiento dentro de la actividad de cocina aumentando el grado de autonomía.

3.1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos que se proponen a partir del objetivo general planteado son los siguientes:

- Aumentar la motivación hacia la actividad de cocina en pacientes con EMG.
- Mejorar el desempeño funcional en la actividad de cocina en pacientes con EMG.

3.2. Características del programa.

Para el desarrollo del programa se seguirán los conceptos teóricos formulados en el MOHO propuesto por Gary Kielhofner et al (Kielhofner, 2011) (1980). Así mismo, se implementarán las estrategias de intervención enmarcadas dentro del Proceso Remotivacional y que se corresponde con la línea teórica marcada por el MOHO.

Se diseña un programa de carácter grupal orientado a la consecución de los objetivos propuestos. Es importante reseñar que, aunque se seguirá la línea teórica planteada anteriormente, se considera necesario la máxima adaptación de las actividades planteadas dentro de esta línea teórica, de manera que se consiga un tratamiento rehabilitador y lo más individualizado posible.

Puesto que el presente programa se plantea para usuarios institucionalizados en una U.R.P, este programa se desarrollará en el entorno natural de los usuarios, siendo este la

unidad hospitalaria. No obstante, no se descartará la posibilidad de implementar una generalización del aprendizaje al alta, implicando a la familia, para aquellos casos que lo requieran.

El programa se enmarca desde la disciplina de TO, no obstante, en algunas sesiones se incluirán la participación de otros profesionales del equipo multidisciplinar para que aporten su visión profesional y, de esta manera, se proporcione un entrenamiento más completo.

El desarrollo del presente programa se realizará a través de los módulos establecidos por el proceso remotivacional. No obstante, es importante destacar que, debido al bajo nivel volicional del grupo que se plantea, solo se abordaran los primeros dos módulos del mismo. Así mismo, dentro de cada módulo se establecerán diferentes etapas en función del nivel volitivo de cada usuario. Debido a esto, aunque todos los componentes del grupo estarán en el mismo módulo, se detectarán diferencias notables entre ellos en lo relativo al continuo volicional, situándose cada uno en la etapa correspondiente a su nivel volicional y adaptando las demandas de la actividad a este.

A continuación, se describen los diferentes módulos a través de los que se articula el presente programa.

3.2.1. Módulos del programa

Para el desarrollo de los diferentes módulos, se seguirá la programación propuesta por el Proceso Remotivacional, abordando los dos primeros módulos de este: Módulo Exploratorio y Módulo de Competencia. Así mismo, se aplicarán las estrategias que este propone a la ocupación de preparación de la alimentación.

3.2.1.1. Módulo exploratorio.

El propósito de este módulo será proporcionar experiencias exploratorias satisfactorias relacionadas con la actividad de preparación de la comida. Para ello, se proporcionará un ambiente seguro, reforzante y en consonancia con los valores y las preferencias del usuario. Con el objetivo de lograr un incremento en el sentimiento de eficacia del usuario que permita incrementar su participación en AIVD significativas (de las Heras et al., 1998) (de las Heras et al., 2003)

Aunque todos los usuarios comenzarán en este módulo, variará la etapa en la que se encuentren en función del nivel volicional que se observe en la valoración inicial con el

VQ. Así mismo, cada usuario permanecerá en una etapa tanto tiempo como requiera, sin ser forzado a avanzar dentro del proceso. Esto se hace especialmente relevante en este módulo, donde el surgimiento de conductas volicionales puede alargarse en el tiempo.

A continuación, se expondrán cada una de las etapas pertenecientes a este módulo, así como las estrategias utilizadas en cada una de ellas.

3.2.1.1.1. Etapa 1 – Validación.

En esta etapa se situarán a los pacientes que muestren, según el VQ, un menor nivel volitivo. Estos serán los que obtengan puntuaciones de pasivo y dudoso en los siguientes ítems: Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias y muestra que una actividad es importante.

Los objetivos que se plantean para esta etapa son los siguientes:

- Facilitar el sentido de importancia personal del paciente a través de la actividad de preparación de la alimentación.
- Facilitar un sentido básico de capacidad en el paciente a través de la actividad de preparación de la alimentación.
- Facilitar un sentido de seguridad con el ambiente a través de la actividad de preparación de la alimentación.

Para facilitar que surja la motivación, se incluirán diferentes estrategias orientadas a la actividad de la preparación de alimentos, siempre seleccionando aquellas de mayor simplicidad y eliminando o disminuyendo al máximo la posibilidad de error para asegurar una experiencia gratificante durante la interacción con la actividad:

- Saludo significativo: con esta estrategia se pretende establecer una relación terapéutica significativa con el TO que permita al usuario comenzar a conectar con el entorno. La consecución de una relación terapéutica adecuada facilitará la progresión a través de las diferentes etapas y módulos, especialmente en aquellas etapas en las que aumenten las demandas en relación con la actividad.

Todos los días se saludará al cliente por su nombre y utilizando una expresión no verbal cálida y cercana en función de lo que el paciente tolere: sonrisa, voz cálida, estableciendo contacto físico. En lo relativo

a la expresión verbal, se mostrará el interés por el usuario y se reconocerá a este en las interacciones.

- Introducción de elementos significativos de la actividad de preparación de cocina en el espacio personal del paciente: Para ello, se acercarán actividades sencillas relacionadas con la actividad de preparación de la alimentación a aquellos lugares en los que el paciente pasa más tiempo durante el día y donde se siente más cómodo. Por ejemplo, los elementos para realizar un bocadillo, o una manzana y un pelador, etc. Se dará importancia a que los elementos introducidos en su espacio personal sean significativos para el paciente: llevando sus alimentos favoritos, aquellos que le preparaba su madre cuando era pequeño, etc...

Se realiza este acercamiento sin expectativas de respuesta, simplemente observando las reacciones del paciente ante la introducción de los elementos en su espacio personal. Es importante realizar una buena observación para detectar pequeños indicadores volicionales: una mirada a los elementos, orientación del cuerpo hacia ellos, etc...

- Participación en actividades de interés y generar interacción: Se propone que inicialmente sea el TO quien desarrolle la interacción con los alimentos significativos para el paciente. Así mismo, se dejará parte de los alimentos en el espacio durante la interacción para permitir que, si el paciente desea participar en la actividad, lo haga utilizando estos alimentos a los que el terapeuta no está dando uso. Se pretende que la observación actúe de manera indirecta como una invitación al desempeño de la actividad, sin que el paciente se sienta presionado. Se evitarán, por tanto, las invitaciones directas que pueden ser percibidas como desafiantes o amenazadoras y puedan ocasionar la negativa a la participación.

Tras la aplicación de estas estrategias, es importante que el TO aporte un feedback positivo al paciente, agradeciendo el tiempo compartido y reconociendo al paciente, así mismo, se le anticipara cuando será la próxima vez que se verán. Estas interacciones se desarrollarán durante un tiempo máximo de 30 minutos, y

no más de 2-3 veces al día, haciendo coincidir estas con la hora de preparación habitual de las comidas. Estos parámetros variaran en función de la tolerancia del paciente y de las señales volicionales que este proporcione.

3.2.1.1.2. Etapa 2 – Desarrollo de la disposición para explorar el ambiente.

En esta etapa se situarán a los pacientes que manifiestan leves muestras del surgimiento de la motivación según el VQ. Estos serán los que obtengan puntuaciones de Involucrado en algunos de los siguientes ítems: Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias y muestra que una actividad es importante.

Los objetivos que se plantean para esta etapa son los siguientes:

- Facilitar la exploración de actividades de preparación de la alimentación en contextos novedosos.
- Facilitar el desempeño en la preparación de la alimentación iniciado en la etapa anterior.
- Facilitar la confianza para probar cosas nuevas relacionadas con la preparación de alimentos.

Para facilitar el mantenimiento y aumento de la emergente motivación, se incluirán diferentes estrategias. Como en el caso anterior, se seleccionan las de mayor simplicidad y se continúa eliminando o disminuyendo al máximo la posibilidad de error para asegurar una experiencia gratificante durante la interacción con la actividad:

- Llevar la rutina de preparación de la alimentación a espacio novedoso:
Durante esta etapa se fomenta la novedad dentro del desempeño ya conocido. Se pretende pasar a desempeñar la actividad de preparación de la alimentación en la cocina o bien en una sala preparada para este fin, en lugar de en el espacio personal del paciente. Para ello, se utilizará una receta simple (realización de bocadillo, untar galletas con nocilla, etc...) que ya es conocida por el usuario y con la que, anteriormente, en su espacio personal, ha tenido una experiencia gratificante.

- Facilitar la observación de otros que participen en actividades de preparación de la alimentación: A medida que el paciente se encuentre cómodo en el nuevo espacio (cocina o sala preparada), se ira invitando a otros componentes del grupo a la cocina para que realicen de manera directa la preparación de alimentos. Como en los casos anteriores, no se debe plantear expectativas de desempeño al usuario para no abrumarlo, no obstante, si se dejaran materiales o alimentos libres para que, si lo desea, pueda interactuar. La observación de otros usuarios resulta mucho más estimulante que la observación del TO, puesto que son percibidos como iguales. El TO apoyará cualquier signo de interés por la actividad (mirar como un compañero cocina, acercarse más al área de preparación de la comida, mantenerse más tiempo conectado con la actividad...).
- Invitar a la preparación de la alimentación mediante el hacer en presencia del cliente: Se hará uso de esta estrategia cuando el usuario comience a mostrar varios signos de interés por la actividad, (ej: hablar a algún compañero, tocar algún alimento, acercarse de manera espontánea a la zona de preparación de alimentos, etc..). El TO se encargará de reforzar la participación del usuario y apoyará todos los intentos de participar en la actividad o bien de interactuar con los compañeros que participan en esta. Se continúa invitando al usuario a participar a través de la observación y del planteamiento de recetas simples y significativas para el usuario; no obstante, se comienza a solicitar de manera más directa la implicación del usuario ¿puedes sujetar el pan? ¿puedes coger el queso de la nevera?. Es importante respetar la ausencia de respuesta o bien apoyar esta si el paciente realiza la acción.

Así mismo, en esta etapa se comienza a variar las recetas de cocina, intercalando las que son más significativas para él junto con las que son significativas para los otros componentes del grupo. Siempre se seleccionarán recetas simples y que ofrezcan una experiencia gratificante en su realización.

3.2.1.1.3. Etapa 3 – Elección.

En esta etapa se situarán los pacientes que den muestras de mayor control sobre la preparación de la alimentación. Esto es un indicador claro sobre una mayor motivación en relación con la actividad propuesta. Esto se observará a través del VQ con puntuación de involucrado o espontaneo en muchos de los siguientes ítems: Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias, muestra que una actividad es importante, indica objetivos y permanece involucrado.

los objetivos que se abordaran en esta etapa son:

- Continuar facilitando el desarrollo de sentimientos exploratorios relacionados con la actividad de cocina.
- Facilitar el proceso de autovalidación al explorar los propios valores e intereses mediante la preparación de la alimentación.
- Afianzar el sentido de importancia y capacidad personal mediante oportunidades de elegir entre diferentes alimentos y recetas.

Se busca mantener e incentivar la toma de control dentro de la actividad de preparación de la alimentación, para ello se proponen las siguientes estrategias:

- Aumentar la novedad: Se continua con el trabajo realizado en la etapa dos. En esta etapa se busca aumentar la novedad en la actividad, para ello se puede proponer al usuario que ayude a otro compañero en pequeñas tareas en lugar de al TO, realizar recetas de mayor complejidad con respecto a las realizadas hasta el momento (ensalada, pasta con tomate, arroz con tomate...), cambiar el lugar de la cocina en el que se sitúa frecuentemente o en el que desempeña la actividad, etc...
- Aumentar las invitaciones a participar: En este momento se intensifican las peticiones de ayuda al usuario o bien se le comienzan a proponer tareas simples de manera directa. Se pretende dar énfasis a la toma de decisiones e incentivar que el usuario elija en que tareas de la actividad desea implicarse (si desea cortar la lechuga, la cebolla, aliñar la ensalada, etc...). Así mismo, se busca que el usuario se mantenga involucrado durante más tiempo en una tarea de su interés.

3.2.1.1.4. Etapa 4 – Placer y eficacia en la accion:

En esta etapa se pretende el afianzamiento de los logros conseguidos en las etapas anteriores. Así mismo, supone la etapa preparatoria para el avance al siguiente modulo del continuo volicional. Los resultados obtenidos en el VQ en esta etapa se corresponderán con puntuaciones de Espontaneo en la mayor parte de los ítems pertenecientes al módulo exploratorio (Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias, muestra que una actividad es importante) y con 1 o 2 ítems del módulo de competencia (indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas e intenta corregir errores) valorados como dudoso o involucrado.

Los objetivos propuestos en esta etapa son los siguientes:

- Afianzar los sentimientos exploratorios, el sentido de la importancia personal y el sentido de capacidad mediante la participación en el rol de cocinero.
- Continuar el proceso de autovalidación.
- Afianzar la eficacia personal en la toma de decisiones a través de la preparación de alimentos.
- Desarrollar la apreciación de las propias habilidades.

Las estrategias que se utilizaran en esta etapa plantean un mayor nivel de desafío respecto a las etapas anteriores y buscan lograr un mayor sentido de eficacia personal. Las estrategias utilizadas serán las siguientes:

- Facilitar la participación en proyectos cooperativos: se promueve la participación del paciente en proyectos cooperativos (preparar una tarta de cumpleaños a los compañeros de la planta, preparar limonada para la planta, preparar una comida...). Los proyectos cooperativos son significativos puesto que permiten el logro una meta real (comer tarta todos juntos, celebrar un día especial...). Así mismo, permiten que cada usuario desempeñe una tarea en función de su capacidad o habilidad (la persona con mayores limitaciones pondrá la mesa o revolverá la mezcla y la persona con mayores capacidades hará la compra o medirá la cantidad de los ingredientes a utilizar en la receta), pero siempre en coordinación y cooperación con el resto de los compañeros. Esto

permite fomentar la motivación, puesto que el éxito de la tarea individual contribuye al éxito grupal. Así mismo, la ausencia de éxito en alguno de los procesos (la tarta no sale demasiado dulce, el bizcocho no sube al meterlo al horno) no recae de manera individual en ningún usuario, sino se asume de manera grupal.

- Incorporar la retroalimentación: El proyecto cooperativo permite iniciar una retroalimentación donde, de manera muy simple, el paciente o el grupo realice una autoevaluación sobre las expectativas que tenían en lo relativo a la preparación de la alimentación y la experiencia durante la participación en un proyecto grupal. No se prestará especial atención al resultado final, sino a como se han sentido durante el desempeño de la actividad (se han sentido capaces de encender el horno de la manera adecuada, han disfrutado de poner la mesa junto con otros compañeros, les ha parecido difícil preparar la tarta, pero finalmente la han podido completar). También, se analizarán los errores que se hayan producido y como estos les han hecho sentir. Para ello, el TO se servirá del uso terapéutico del yo y se contará con la participación del psicólogo del centro en este análisis para que preste su visión.

3.2.1.2. Módulo de Competencia.

Partiendo del trabajo previo realizado en el módulo anterior, en este, se pretende favorecer que el grupo se enfrente a nuevos desafíos volicionales relacionados con la actividad de preparación de la comida. Para ello, se plantearán tanto cambios en las demandas de la actividad como en el contexto donde se desempeña esta. Así mismo, el TO debe prestar especial atención al grado de desafío y de responsabilidad que exige cada actividad y adecuar este a las necesidades y capacidades del grupo. Resulta importante que, tras el desempeño de las actividades propuestas, cada usuario experimente una sensación de satisfacción y que se perciba a sí mismo como capaz para la realización de la tarea. (de las Heras et al., 2003)

Igual que en el caso anterior, aunque todos los usuarios comenzarán en este módulo, variará la etapa en la que se encuentren y el tiempo que requieran en cada una de ellas. De manera que, cada usuario permanecerá en una etapa tanto tiempo como requiera, sin ser forzado a avanzar dentro del proceso.

Durante este módulo, se considera interesante la incorporación de otros profesionales del equipo multidisciplinar a las sesiones, como psicólogo o enfermero, entre otros. La inclusión de estos perfiles profesionales permitirá complementar el acompañamiento y la retroalimentación, así como, las posibles frustraciones que surjan derivadas de la asunción de nuevos retos. Debido a las necesidades de la población con la que se plantea esta intervención, la integración de diferentes perspectivas profesionales se hace necesaria para asegurar el avance dentro del continuo volicional, así como para tomar como punto de partida los avances conseguidos en lo relacionado a la ocupación (preparación de la alimentación) y generalizar estos a otras áreas vitales.

A continuación, se expondrán cada una de las etapas pertenecientes a este módulo, así como las estrategias utilizadas en cada una de ellas.

3.2.1.2.1. Etapa 1 – internalización del sentimiento de eficacia.

En esta etapa se pretende reforzar y fomentar los avances logrados en el módulo anterior. Los resultados obtenidos en el VQ en esta etapa se corresponderán con puntuaciones de Espontaneo en todos los ítems pertenecientes al módulo exploratorio (Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias, muestra que una actividad es importante) y con 1 o 2 ítems del módulo de competencia (indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas e intenta corregir errores) valorados como Espontaneo y el resto puntuados como involucrado o dudoso. No obstante, aún es posible que alguno de los ítems más complejos en términos de motivación (intenta corregir errores, intenta resolver problemas) aún se puntúe como pasivo.

Los objetivos que se plantean para esta etapa son los siguientes:

- Aumentar el sentido emergente de eficacia.
- Comenzar a observar las experiencias según se relacionan con el cumplimiento de metas.
- Desarrollar un sentido de responsabilidad en proyectos personales y colectivos.

Durante esta etapa se pretende ofrecer más variabilidad en las actividades propuestas, de manera que el desempeño de cada paciente se adapte a estas. Las diferentes experiencias obtenidas darán a los usuarios más oportunidad de

reflexión sobre estas, permitiendo que adquieran la capacidad de anticiparse y planificar experiencias futuras. A continuación, se señalan las estrategias que se desarrollaran durante esta etapa:

- Ofrecer acompañamiento físico y emocional en situaciones nuevas y desafiantes: Los incrementos de las demandas en la actividad de preparación de alimentación que van directamente asociados a esta etapa, suponen un reto para cada uno de los usuarios. El papel del TO va orientado al acompañamiento de cada uno de los pacientes en los nuevos retos que se les presentan. Este acompañamiento variara en función de las necesidades de cada usuario y tendrá como objetivo validar sus experiencias, de manera que refuerce la confianza en sus habilidades. Por tanto, el TO puede acompañar a través de la resolución de dudas sobre los ingredientes para realizar un pastel, mostrando entusiasmo y agrado por el resultado final de un plato cocinado por otro usuario, preguntando sobre el menú que desean los usuarios en la siguiente sesión, acompañando al grupo al supermercado para comprar los alimentos, etc... Es importante graduar la cantidad de ayuda o acompañamiento que se brinda, de manera que se ofrezca la suficiente para dar seguridad a los usuarios, pero sin ser excesiva, de forma que los usuarios deleguen la tarea en el TO.
- Facilitar el aprendizaje de habilidades o destrezas: la adquisición de nuevas habilidades o destrezas contribuye a la adquisición de la sensación de competencia. Es importante determinar que habilidades entrenar, ya que estas deben ser importantes para el usuario y para su vida (por ejemplo, con una usuaria que es madre de familia se entrenará la planificación de menús semanales equilibrados y saludables, puesto que una vez que reciba el alta, continuará necesitando esta destreza). Así mismo, se tendrá en cuenta las capacidades de cada usuario (por ejemplo, un usuario que nunca ha cocinado previamente y que no tiene las habilidades necesarias, no podría comenzar con la elaboración de un plato complejo como pueden ser croquetas). También, es importante que este aprendizaje de habilidades se relacione con los contextos de desempeño y roles que el usuario tiene que mantener al alta (por

ejemplo, un usuario que al alta se espera que acuda a un piso tutelado, necesitará adquirir el rol de cocinero, siendo este aprendizaje de habilidades una preparación directa para el futuro alta del paciente).

No obstante, el aprendizaje de habilidades o destrezas se debe desarrollar de manera paulatina, estableciendo metas alcanzables y definiendo claramente cuáles son los requerimientos (por ejemplo, para la elaboración de una receta: acudir puntual, no abandonar la actividad cuando se sienta frustrado, respetar los tiempos de cocción, seguir los pasos de la elaboración...).

○ Introducir el proceso de consejería y el uso de la retroalimentación:

Esta estrategia está orientada a facilitar la transición entre la etapa 1 y la etapa 2 del presente modulo. En esta etapa, el TO comparte las observaciones que ha realizado con el grupo o el usuario en cuestión acerca del desempeño en la cocina. A través de este feedback, el grupo o persona en concreto, realiza una reflexión acerca de su desempeño y como este puede relacionarse con sus metas futuras, por ejemplo, durante la próxima sesión o durante un permiso de fin de semana en su domicilio. Se pretende centrar la reflexión en torno a objetivos concretos (por ejemplo, mantener la higiene durante la preparación de alimentos, cumplimiento de los pasos que indica la receta, cooperación del grupo durante la compra de ingredientes en el supermercado...). No obstante, la variación en el desempeño en función de la retroalimentación, dependerá del nivel de tolerancia del grupo o el usuario, de la capacidad para interpretarlas y de la habilidad para anticipar experiencias similares en el futuro.

3.2.1.2.2. Etapa 2 – Vivencia y relato de la propia Historia.

Esta etapa se orienta a la búsqueda de retos de manera espontánea. No obstante, esto no se refleja de manera continuada en el desempeño, ya que aun requiere que el TO continúe reforzando este desempeño espontaneo. En esta etapa se situarán los pacientes que obtengan puntuaciones de Espontaneo en todos los ítems pertenecientes al módulo exploratorio (Muestra curiosidad, inicia actividades/tareas, intenta cosas nuevas, muestra preferencias, muestra que una actividad es importante) y con puntuaciones de espontaneo en todos los ítems del

módulo de competencia (indica objetivos, permanece involucrado, muestra orgullo, trata de resolver problemas e intenta corregir errores), excepto en 1 o 2 que pueden ser valorados como Involucrado. Así mismo, se pueden observar algunos ítems del módulo de competencia (realiza una actividad hasta completarla, invierte energía adicional, busca responsabilidad adicional, busca desafíos) que se comienzan a puntuar como dudoso o involucrado.

Los objetivos que se plantean para esta etapa son los siguientes:

- Prepararse para la participación espontanea en roles valiosos.
- Incrementar el procesamiento de experiencias y comenzar a relacionarlas con metas personales u ocupacionales.
- Intensificar el proceso de planificación.
- Incrementar el sentido de responsabilidad y autonomía al cumplir con las demandas de los proyectos y/o circunstancias personales.

Las estrategias planteadas para esta etapa, continúan con el proceso de asunción de roles iniciado en la etapa anterior y son las siguientes:

- Permitir momentos de reflexión: Durante el proceso, algunos componentes del grupo pueden vivir momentos de aparente disminución de la competencia (retomar la conducta, ya extinta en etapas anteriores, de abandonar la cocina ante el sentimiento de frustración, rechazar una invitación a cocinar, etc). Esta disminución se puede producir por la variación del nivel de motivación hacia diferentes roles o tareas, especialmente cuando se producen cambios. También están mediados por la percepción del paciente sobre la dificultad o los apoyos que recibe durante el desempeño. Esta aparente disminución en la competencia, se traduce como momentos que requiere el paciente para reflexionar ante un desafío propuesto (asunción de mayor responsabilidad en una receta, acudir al supermercado para realizar la compra de alimentos solo, realizar una receta conocida pero en un ambiente nuevo como puede ser su casa durante un permiso de fin de semana...). Estos momentos de reflexión son naturales y adaptativos para el paciente, ya que le permiten reflexionar sobre sus propias capacidades y relacionar estas con el nuevo desafío propuesto. El TO se

enfocará en ayudar al paciente a reconocer porque ocurren estos momentos y a poner en perspectiva aquellos eventos que el paciente percibe como negativos. Para ello, se recordará al paciente como era su desempeño al inicio del programa (ej. ¿recuerdas que cuando empezamos pensabas que no podías hacer un bocadillo y ahora eres capaz de hacer lasaña, que es muy difícil, y además es tu plato favorito?), se reforzarán sus capacidades de manera que contribuya a lograr una mayor confianza (Te aseguro que eres capaz de ir a comprar solo, porque cuando te acompaño ya no necesitas que yo te ayude; lo vas a hacer muy bien) y ayudar al paciente a entender los motivos por los que se fracasó anteriormente (la última vez se quemó el filete porque pusiste el fuego muy alto, esta vez podremos el fuego más bajo para que quede en su punto). Resulta especialmente importante, durante estos momentos de reflexión, recordar al paciente cual es la meta a largo plazo que se ha marcado (recuerda que cuando te den el alta, quieres encargarte de la cocina para que tus hijos coman bien).

- Continuar el proceso de consejería: Se continua con el proceso de consejería iniciado previamente, no obstante, durante esta etapa se da un paso más en este. Se pretende pasar del análisis del desempeño propiamente dicho a como este desempeño repercute en el día a día del paciente (por ejemplo, en la etapa anterior se abordaba el éxito en la preparación de una receta, mientras que en esta etapa se aborda que supone esto para el paciente: si disfrutó mientras realizó la receta, la importancia que tiene para su vida el poder elaborar esa receta, si se ve capacitado para poder llevarla a cabo, si la receta cumplió sus expectativas, si el ambiente cumplió sus expectativas). Este paso permite que el paciente comience a reflexionar de una manera más profunda las repercusiones de la ocupación sobre vida: conocer su grado de disfrute, sus principales valores, la percepción de sus capacidades y las exigencias tanto propias como con el ambiente. Como se ha señalado previamente, será enriquecedor incorporar a otros profesionales del equipo multidisciplinar, para que extrapolen esta reflexión de lo relativo a la ocupación a otras áreas de la vida del paciente, proporcionando un tratamiento holístico.

3.2.2. Temporalización y Cronograma.

El presente programa tendrá una duración de 10 meses, llevándose a cabo desde septiembre a junio de 2022, para facilitar la continuidad en el seguimiento de los usuarios.

En lo relativo a la temporalización, durante el primer mes se realizará la evaluación inicial de los usuarios, llevando a cabo la aplicación de los cuestionarios AMPS y VQ.

Durante los próximos 5 meses, se llevará a cabo la aplicación del módulo exploratorio. Es importante destacar que todos los participantes comenzaran en este módulo, puesto que es uno de los requisitos previos que se ha señalado en los criterios de inclusión, no obstante, a partir de las puntuaciones obtenidas en el VQ, se determinara en qué etapa se encuentra cada uno de ellos. En lo relativo a la duración de cada etapa, no es posible determinar la duración exacta, puesto que el cambio de etapa viene determinado por los cambios volicionales que muestre el usuario a través de su interacción con la actividad.

Respecto a las sesiones semanales que se llevarán a cabo, estas variarán en función de la etapa en la que se encuentre el usuario.

Aquellos pacientes que presentan un nivel volitivo muy bajo, requerirán que el trabajo motivacional se inicie de forma individual, de manera que se asegure el nivel de individualización necesario para permitir el surgimiento de la motivación. A causa de esto, tanto la primera etapa como al inicio de la segunda del módulo exploratorio, se trabajará de manera individual y se realizarán 5 sesiones semanales de lunes a viernes, que tendrán una duración de aproximadamente 20 minutos, pudiendo variar desde los 10 a los 30 minutos en función de las necesidades y tolerancia del usuario.

Aquellos pacientes que, según su nivel volitivo, inician en el programa siendo capaces de trabajar de manera grupal, perteneciendo a la etapa dos en su parte más avanzada, o bien a la etapa 3 o 4, realizarán 3 sesiones semanales que se realizarán lunes, miércoles y viernes, las cuales, tendrán una duración aproximada de 45 minutos, pudiendo alargarse hasta 1 hora si la actividad lo requiere y los usuarios son capaces de permanecer involucrados.

Durante los siguientes 3 meses se llevará a cabo el módulo de competencia. A diferencia del módulo anterior, todas las actividades orientadas a mejorar el desempeño en la preparación de alimentos se realizarán de manera grupal. No obstante, este módulo

conlleve una parte importante de reflexión en torno al desempeño y a la asunción de responsabilidades, por lo que, aunque las sesiones orientadas a la preparación de alimentos se desarrollarán de manera grupal, a estas se unirán consultas individuales para poder ofrecer el acompañamiento y continuar el proceso de consejería. La realización de consultas individuales permitirá recoger lo experimentado en las sesiones grupales y profundizar sobre cómo se siente el paciente en referencia a la ocupación.

Las sesiones grupales, se mantendrán en el horario establecido durante el módulo anterior, teniendo lugar los lunes, miércoles y viernes. No obstante, se aumentará el tiempo de cada sesión a 1 hora de duración, aprovechando la mayor tolerancia de los pacientes a la actividad y dando lugar a la posibilidad de realizar recetas de mayor elaboración.

Respecto a las consultas individuales, para realizar un seguimiento, se establecerán 2 días a la semana, siendo estos martes y jueves, y tendrán una duración de entre 15 y 30 minutos, pudiéndose alargar si el paciente lo requiere. Así mismo, durante el programa se comunicará a los pacientes que pueden acudir al despacho a hablar con el TO o con cualquiera de los otros profesionales del equipo multidisciplinar cuando lo necesiten, por lo que también se contemplan las consultas a demanda, dependiendo su duración de las necesidades del paciente.

Durante el último mes, siendo este junio, se realizará la evaluación final del programa y se volverán a administrar el VQ y la escala AMPS.

Tabla 3: Cronograma de la Intervención.

MESES	MÓDULOS	ETAPAS	SEMANA				
			LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Septiembre	Evaluación Inicial		Administración del VQ y escala AMPS				
Octubre	Módulo exploratorio	Validación	Sesión individual 20 minutos				
Noviembre		Disposición del ambiente					
Diciembre		Elección					
Enero		Placer y eficacia en la acción	Sesión grupal de 45 minutos				
Febrero							
Marzo	Módulo de competencia	Internar el sentido de eficacia	Sesión grupal de 1 hora	Sesión individual de 15 a 30 min	Sesión grupal de 1 hora	Sesión individual de 15 a 30 min	Sesión grupal de 1 hora
Abril		Vivencia y relato de la propia historia					
Mayo							
Junio	Evaluación final		Administración del VQ y escala AMPS				

4. RESULTADOS ESPERADOS.

Tras el desarrollo de la intervención descrita anteriormente, se espera que se produzcan una serie de variaciones en los objetivos planteados. A continuación, se describen las variaciones esperables de acuerdo con estos objetivos, así como su relación con las escalas seleccionadas para cuantificar estas diferencias.

En lo relativo al primer objetivo específico: “Aumentar la motivación hacia la actividad de cocina en pacientes con EMG”, se espera que a través de la intervención se logre aumentar ésta, registrando estas variaciones a través de la escala VQ. Se prevé que el grupo avance dentro del continuo volicional, pasando desde las etapas más básicas del módulo exploratorio, hasta las más avanzadas del módulo de competencia en lo relativo a la actividad de preparación de la alimentación. Así mismo, se espera que este aumento en la motivación no se limite únicamente a esta actividad, si no que utilizando esta como hilo conductor, se pueda extender a otras actividades o áreas como, por ejemplo, el aseo personal o la movilidad en la comunidad.

En lo referente al segundo objetivo específico: “Mejorar el desempeño funcional en la actividad de cocina en pacientes con EMG” se prevé que, con la intervención planteada, el grupo adquiera las habilidades necesarias para el desempeño de una dieta simple variada y saludable de manera autónoma. Así mismo y como reflejo de esta mejora en el desempeño, se espera que las puntuaciones obtenidas por el grupo en la escala AMPS mejoren respecto a la evaluación inicial.

Finalmente, en lo relativo al objetivo general propuesto: “Mejorar la motivación hacia el desempeño de las AIVDs y el funcionamiento dentro de la actividad de cocina aumentando el grado de autonomía”, se espera que se consiga un aumento en la autonomía en lo relativo a la actividad de preparación de alimentos. Así como, que el emergente sentimiento de autonomía se generalice, generando interés en otras actividades relacionadas.

Para la consecución de los objetivos planteados, resulta especialmente relevante la adaptación e individualización de cada una de las tareas seleccionadas, así como, el acompañamiento profesional durante la realización de estas.

5. CONCLUSIONES.

El presente trabajo pretende ofrecer una propuesta de intervención de 10 meses de duración para el abordaje grupal de pacientes con EMG con una baja motivación. Se propone abordar la parte motivacional debido a que, habitualmente, ésta queda restringida a escasas actividades y, en muchas ocasiones, estas son lesivas para la persona (consumo de estupefacientes, tabaco, alcohol o café). Así mismo, la falta de motivación afecta directamente a la funcionalidad del usuario, limitando su volición y generando rutinas vacías y carentes de significatividad para el mismo. Es importante señalar que, la baja motivación forma parte de la sintomatología negativa que tiene gran presencia en muchas de las patologías consideradas EMG. Como medio para trabajar sobre la motivación, se propone la utilización de actividades y tareas relacionadas con la preparación de alimentos, puesto que, es frecuente que lo relacionado con la alimentación sea significativo para este perfil de pacientes. Así mismo, se ha seleccionado, puesto que, la preparación de alimentos es una actividad cotidiana que tiene una influencia directa sobre la salud de la persona.

La intervención planteada se enmarca desde el MOHO y se rige por los principios establecidos por Carmen Gloria de las Heras en su trabajo “Proceso de Remotivación: Intervención Progresiva para Individuos con Desafíos Volicionales Severos” (de las Heras et al., 2003). Se desarrollan los dos primeros módulos de este proceso: módulo exploratorio y módulo de competencia, orientando las diferentes estrategias propuestas a la actividad de preparación de alimentos y estas, a su vez, a las necesidades y capacidades de cada componente del grupo. Para la medición de resultados se utilizarán las escalas VQ y AMPS.

Las principales aportaciones del presente trabajo radican en la novedad de la aplicación del Proceso de Remotivación a la actividad de preparación de la alimentación en este colectivo, puesto que se ha encontrado escasa información acerca de la aplicación del Proceso de Remotivacional en, si el mismo, siendo este el primer trabajo que hace referencia a la aplicación de dicho proceso en lo relativo a la preparación de alimentos.

Resultaría interesante que, en posteriores trabajos, se llevara a cabo la presente propuesta de intervención realizada. Así mismo, resulta recomendable su aplicación en diferentes centros que trabajen con pacientes con estas características para contrastar la efectividad de la propuesta. Finalmente, sería interesante ampliar esta propuesta a otras

áreas o actividades que frecuentemente se encuentran deterioradas en este colectivo, como el ocio y tiempo libre o la autonomía en las ABVD.

6. BIBLIOGRAFIA

- American Occupational Therapy Association. (2017). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, S1–S48.
- American Psychiatric Association. (1994). Escala de evaluación global de funcionamiento o Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) Global Assessment of Functioning Scale (GAF). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <http://www.omeaen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaEEAG.pdf><http://www.omeaen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaEEAG.pdf><http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/14-GAF.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5* (5ª Ed). Panamericana.
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., Quemada González, C., Requena Albarracín, J., & Moreno Küstner, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223–233. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000200005>
- De las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. (1998). Manual del Usuario del Cuestionario Volicional. *Evaluaciones Del MOHO*, 1–47. www.moho.uic.edu.
- de las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G., & Yanling, L. (1998). *Manual del Usuario del Cuestionario Volicional*. University of Illinois at Chicago.
- de las Heras, C. G., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *Proceso de Remotivación: Intervención Progresiva para Individuos con Desafíos Volicionales Severos*. University of Illinois at Chicago.
- Díaz Cáceres, E., & García Nevares, A. (2020). *Habilidades Motoras y de Procesamiento en Actividades de la Vida Diaria en Esquizofrenia y su*

Comparativa con Trastorno Bipolar. 17, 26–34.

Fisher, A. G., & Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills* (F. Collins (ed.); 7º Edición). Three Star Press.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Minimal State. *Journal of Psychiatry, 12*, 98–101.

Geneviève, P., Guérette, F., Lefebvre, B., & Jacques, P. (2008). Canadian therapists' experiences while implementing the model of human occupation remotivation process. *Occupational Therapy in Health Care, 22*(2–3), 115–124.
<https://doi.org/10.1080/07380570801989580>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Información Estadística Para el Análisis del Impacto de la Crisis COVID-19.*

Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE): Año 2020.* 1–15.

Kielhofner, G. (2006). Hacer y Llegar a Ser: Cambio y Desarrollo Ocupacional. In *Fundamentos de la Terapia Ocupacional* (3º Ed, pp. 147–169). Medica Panamericana.

Kielhofner, G. (2011). Volición. In *Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación* (4º Ed, pp. 32–50). Medica Panamericana.

Madoz-Gurpide, A., Ballesteros Martín, J. C., Mónica, L. S., & García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española Salud Pública, 91*, 1–11.

Melton, J., Forsyth, K., Metherall, A., Robinson, J., Hill, J., & Quick, L. (2008). Program redesign based on the model of human occupation: Inpatient services for people experiencing acute mental illness in the UK. *Occupational Therapy in Health Care, 22*(2–3), 37–50. <https://doi.org/10.1080/07380570801989382>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. In *Guías de práctica*

clínica en el SNS / Ministerio de Sanidad y Política Social ; 2007-05.

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf

National Institute of Mental Health. (n.d.). *Serious Mental Illness*. Retrieved March 24, 2021, from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

Ocaña Expósito, L., & Caballo Escribano, C. (2015). Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 12(21), 9.

Swildens, W., Van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W. J., Wiersma, D., & Van Os, J. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the boston psychiatric rehabilitation approach. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 751–760. <https://doi.org/10.1177/070674371105601207>

World Health Organization. (2010). *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)* (T. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, & J. Rehm (eds.)). <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=h9fhLNiaRTgC&oi=fnd&pg=PR1&dq=WHODAS+2.0&ots=6sJ0bd8xGz&sig=DQm6D6Ts1L-sRn9-lt9aYYVZ0yA#v=onepage&q=WHODAS 2.0&f=false>

7. ANEXOS

7.1. Hoja evaluación AMPS.

AMPS: FORMULARIO DE CALIFICACIONES (página 43 de 2)

Nombre: _____	Número de identificación OTAP: _____
Género: ____ Masculino ____ Femenino	Diagnóstico principal: _____
Fecha de nacimiento: _____	Diagnóstico secundario: _____
Fecha de evaluación: _____	Número de observación: ____1 ____2 ____3 ____4

CALIFICAR LA CALIDAD DE LA EJECUCION (CdE) DE LA PERSONA PARA ESTA TAREA:

	No hay problema	Cuestionable	Mínimo	Moderado	Marcado	Excesivo; sin valorar
<i>Incremento esfuerzo</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Disminución eficiencia</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Disminución seguridad</i>	1	2	3	4	5	6
<i>Asistencia proporcionada</i>	1	2	3	4	5	6

FRASE DE RESUMEN DEL NIVEL DE BASE: _____

NOTAS:

CALIFICACIONES BASICAS DE LOS FACTORES

Habilidades Motoras para las AVDs

Habilidades de Procesamiento para las AVDs

POSICION DEL CUERPO		MANTENIENDO LA EJECUCION	
1. Estabiliza	4 3 2 1	16. Mantiene el ritmo	<i>Ya anotó bajo habilidades motoras para las AVDs</i>
2. Alinea	4 3 2 1	17. Atiende	4 3 2 1
3. Posiciona	4 3 2 1	18. Sigue el objetivo	4 3 2 1
OBTENIENDO Y SUJETANDO LOS OBJETOS		APPLYING KNOWLEDGE	
4. Alcanza	4 3 2 1	19. Escoge	4 3 2 1
5. Se inclina	4 3 2 1	20. Usa	4 3 2 1
6. Agarra	4 3 2 1	21. Maneja con cuidado	4 3 2 1
7. Manipula	4 3 2 1	22. Pregunta	4 3 2 1
8. Coordina	4 3 2 1	TEMPORAL ORGANIZATION	
MOVIENDOSE A SI MISMO Y A LOS OBJETOS		23. Inicia	4 3 2 1
9. Mueve	4 3 2 1	24. Continúa	4 3 2 1
10. Levanta	4 3 2 1	25. Secuencia	4 3 2 1
11. Camina	4 3 2 1	26. Termina	4 3 2 1
12. Transporta	4 3 2 1	ORGANIZING SPACE AND OBJECTS	
13. Calibra	4 3 2 1	27. Busca/ Localiza	4 3 2 1
14. Mueve con fluidez	4 3 2 1	28. Recoge	4 3 2 1
MANTENIENDO LA EJECUCION		29. Organiza	4 3 2 1
15. Tolera físicamente	4 3 2 1	30. Guarda	4 3 2 1
16. Mantiene el ritmo	4 3 2 1	31. Esquiva	4 3 2 1
		ADAPTING PERFORMANCE	
		32. Nota/ Responde	4 3 2 1
		33. Ajusta	4 3 2 1
		34. Acomoda	4 3 2 1
		35. Se beneficia	4 3 2 1

(Esta página puede ser fotocopiada)

7.2. Hoja evaluación VQ.

Questionario Volicional (Hoja de Registro A- Unica Observación)

Cliente:		Terapeuta:			
Edad:	Sexo: M F	Fecha:			
Diagnóstico:		Institución:			
		Comentarios			
Muestra curiosidad	P	D	I	E	
Inicia acciones/tareas	P	D	I	E	
Intenta cosas nuevas	P	D	I	E	
Muestra preferencias	P	D	I	E	
Muestra que una actividad es especial o significativa	P	D	I	E	
Indica objetivos	P	D	I	E	
Permanece involucrado	P	D	I	E	
Muestra orgullo	P	D	I	E	
Trata de resolver problemas	P	D	I	E	
Trata de corregir errores	P	D	I	E	
Realiza una actividad hasta completarla/lograrla	P	D	I	E	
Invierte energía/emoción/atención adicional	P	D	I	E	
Busca responsabilidad adicional	P	D	I	E	
Busca desafíos	P	D	I	E	
Clave:					
P = Pasivo		D = Dudoso		I = Involucrado	
				E = Espontáneo	