



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012-2013

TRABALLO DE FIN DE GRADO

**Percepción del desempeño ocupacional en el
área de actividades de la vida diaria de
usuarios de pisos protegidos con trastorno
mental grave: la intervención del terapeuta
ocupacional.**

Pamela Picallo Amigo

Junio 2013

Directoras

Paula Díaz Romero.

María Jesús Movilla Fernández.

Contenido

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. OBJETIVOS	11
4. METODOLOGÍA	12
4.1. Ámbito de estudio	12
4.2. Entrada al campo	13
4.3. Selección de los informantes	13
4.4. Características de los informantes	14
4.5. Temporalización	15
4.6. Instrumentos de recogida de información	15
4.7. Análisis de datos	16
4.8. Rigor metodológico	17
4.9. Consideraciones éticas	18
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSIÓN	29
7. CONCLUSIÓN	32
8. AGRADECIMIENTOS	33
9. BIBLIOGRAFÍA	34
10. ANEXOS	37

1. RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir las necesidades percibidas en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Metodología: La metodología utilizada es la cualitativa de tipo fenomenológico, ya que se describe una realidad a través de la propia perspectiva de los sujetos que participan en la misma. La muestra consta de once participantes, ocho usuarios que participarán en la entrevista semiestructurada individual, de edades comprendidas entre los 33 y 52 años, y tres profesionales.

Resultados: Los usuarios entrevistados perciben diferentes necesidades con respecto a las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria antes del acceso al piso protegido. Estas necesidades se pueden ver influenciadas por la convivencia familiar previa, ya que la mayoría de ellos se encontraban en una situación de sobreprotección por parte de sus familiares.

En el presente estudio de investigación se han identificado diferentes funciones del terapeuta ocupacional en este programa, considerando de suma relevancia continuar investigando en esta línea para obtener más información sobre el número de competencias que este profesional puede llevar a cabo.

Palabras clave: trastorno mental grave, pisos protegidos, actividades de la vida diaria, terapia ocupacional.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to describe the perceived needs of basic and instrumental activities of daily living of severe mental disorders users from the housing protected program, before incorporation into these homes, in order to justify the role of the occupational therapist in this program.

Methodology: The methodology used is qualitative phenomenological, since it describes a reality through their own perspective of the subjects involved in it. The sample consists of eleven participants, eight users to participate in individual semi-structured interviews and three professionals, aged between 33 and 52 years.

Results: Users interviewed perceive different needs with respect to basic and instrumental activities of daily life before accessing to the protected floor. These needs may be influenced by previous family life, as most of them were in a state of overprotection by family members.

In this research study, it has been identified the different roles of the occupational therapist in the housing protected program. It is highly relevant to consider a further research in this line in order to get more information about the number of competences that this professional can carry out.

Keywords: severe mental disorder, protected housing, activities of daily living, occupational therapy.

2. INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo pasado se produjo un cambio en la forma de entender la enfermedad mental, ya no se consideraba como un estado irreversible y peligroso para la persona que la padecía y para la comunidad, y pasó a ser considerada una enfermedad y, por lo tanto, su tratamiento un asunto médico. De este modo, comenzó la transformación de los “manicomios” en hospitales psiquiátricos y la ideología del internamiento, establecida hasta ese momento, dio lugar a una ideología médica¹.

Se habla de trastorno mental grave (TMG) cuando la persona tiene un diagnóstico psiquiátrico grave (por ejemplo, esquizofrenia o trastorno bipolar) de larga duración y con dificultades para funcionar adecuadamente en la comunidad. Tras los estudios realizados sobre la incidencia de esta enfermedad, se estima que una de cada cuatro personas desarrolla algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida².

Existen diferentes tipos de TMG, encontrándose entre los más frecuentes la esquizofrenia. Tras realizar una revisión de las diferentes definiciones realizadas para esta enfermedad, en el presente trabajo, se ha utilizado la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, la cual define como persona con esquizofrenia “aquellas personas que, sin motivo aparente, presentan una conducta anómala que dura más de un mes ininterrumpidamente y que se caracteriza por distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones, creyendo el sujeto afectado por esta situación, que sus sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son compartidos por las demás personas, llegando a sentirse de forma enfermiza el centro de todo cuanto ocurre.”

Esta enfermedad atañe al 1% de la población, afectando por igual a hombres y a mujeres de cualquier país, cultura o estatus socioeconómico. En ella se pueden distinguir muchos y variados síntomas, divididos en dos grupos: positivos y negativos. Se consideran síntomas positivos aquellas

manifestaciones patológicas como las alucinaciones y los delirios, y síntomas negativos a aquellas conductas que el paciente deja de tener por su enfermedad, como no tener voluntad para hacer algo concreto o no tener un pensamiento fluido ⁴.

La situación de cada una de estas personas es diferente, muchos de ellos están viviendo con sus familias, pero en una situación de tensión o desestructuración que hace necesario el abandono del entorno familiar; la edad avanza de los padres o cuidadores de otros da lugar a la imposibilidad de seguir cuidándolo; algunos viven solos, pero se encuentran en riesgo de marginación, y otros incluso se encuentran hospitalizados o viviendo en una residencia, a la espera de la alternativa residencial idónea que permita su reinserción en la comunidad ⁵.

Finalizada la segunda mitad del siglo XX, la identificación de nuevas necesidades junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico, dan lugar a lo que actualmente se conoce como modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, considerando la comunidad como el entorno más idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales¹.

Dentro de los recursos residenciales existentes se encuentran los pisos protegidos (o supervisados). Estos pisos constituyen un recurso comunitario en el que conviven varias personas con enfermedad mental grave y crónica, las cuales tienen dificultades para cubrir de forma independiente sus necesidades, pero cuentan con un nivel aceptable de autonomía⁵. Estos representan una nueva forma de pensar, entendiendo que las personas con enfermedades mentales graves no son pacientes que necesitan que alguien tome las decisiones por ellos, sino que son usuarios capaces de tomar decisiones sobre su propia vida⁶. Según las necesidades de cada persona, los objetivos principales de estas viviendas son proporcionar un recurso de alojamiento lo más normalizado posible;

promover y posibilitar la rehabilitación psicosocial, para alcanzar el mayor nivel de autonomía personal y social; evitar procesos de deterioro, abandono y/o marginación social y evitar que aquellos usuarios sin apoyo familiar o social, pero que mantienen un nivel de autonomía aceptable, deban ser institucionalizados⁷.

Para el acceso a un piso protegido se tienen en cuenta los siguientes criterios^{5,7}:

- Estar diagnosticado de una enfermedad mental severa que dificulte el funcionamiento de forma autónoma y dependiente.
- Edad comprendida entre 18 y 65 años. Acceso a ambos sexos.
- No necesitar apoyo o supervisión las 24 horas del día, es decir, tener un nivel aceptable de autonomía personal y social.
- Tener una situación psicopatológica estable.
- Tener conciencia de enfermedad.
- No tener comportamientos agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.
- No presentar toxicomanías o alcoholismo.
- No estar diagnosticado de enfermedades físicas graves o crónicas, ni presentar problemas en la movilidad que le impidan desenvolverse adecuadamente en el piso.
- No disponer de un apoyo familiar, ya sea por ausencia, inadecuación o imposibilidad, que le proporcione la ayuda necesaria para vivir con un nivel aceptable de calidad de vida.
- Disponer de un recurso económico mínimo que les permita hacerse cargo de los gastos que supone el acceso y mantenimiento en el piso.

El funcionamiento interno de un piso supervisado va a depender de cada una de las personas que vive en el mismo, de la duración de su estancia, así como del tipo de interacción que exista entre los residentes; asegurando, en cualquier caso, el apoyo que favorezca la mejora de la

autonomía personal, la integración social de los habitantes y un ambiente saludable y digno para vivir.

Las personas se implicarán y participarán de forma activa en el funcionamiento del piso, ocupándose, con el apoyo y supervisión necesarios, tanto de las actividades de autocuidado (toma de medicación, higiene, alimentación...) como del cuidado del piso, limpieza, uso adecuado del teléfono, manejo de facturas de gas, agua y luz...⁵.

La organización y coordinación de estos pisos suele estar a cargo de un equipo multidisciplinar⁵: un director, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un equipo de educadores, un auxiliar administrativo y personal de cocina y limpieza.

Los terapeutas ocupacionales en salud mental se centran en mejorar la calidad de vida de la persona y ayudarle a gestionar sus fluctuaciones en relación a la ocupación, para así promover la salud, prevenir la ausencia de la misma, mantener, restaurar y modificar tanto las características del usuario, como las destrezas o los patrones de desempeño (hábitos y rutinas) y/o ajustar las demandas de la actividad⁸.

Su intervención en el domicilio, se centra fundamentalmente en cuatro áreas ocupacionales, definidas por el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional como: el área de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que están orientadas al cuidado del propio cuerpo; el área de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), dirigidas al apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad; el área de trabajo, la cual incluye las actividades necesarias para participar en un empleo remunerado o en actividades de voluntariado y en el área de ocio o tiempo libre, entendiendo esta como una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se participa durante un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias⁹.

Justificación

A pesar de que la inclusión de los servicios de Terapia Ocupacional en el ámbito comunitario ha sido uno de los cambios en esta profesión en la última década, todavía se encuentra en fase incipiente con respecto a otros ámbitos¹⁰.

Por ello, surge la necesidad de explorar cómo los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos de un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la provincia de A Coruña, perciben sus necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria antes del acceso al piso, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en dicho programa. El estudio será de utilidad a la hora de conseguir la intervención más adecuada y completa para los usuarios, así como, adaptar la labor del terapeuta ocupacional a las necesidades reales de cada usuario en particular, al obtener la información a través de los mismos.

3. OBJETIVOS

El objetivo general es describir las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Los objetivos específicos serán:

- ❖ Explorar las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios que acuden al programa de pisos protegidos.
- ❖ Explorar cómo las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios que acuden al programa de pisos protegidos se pueden ver influenciadas por la convivencia familiar previa.
- ❖ Identificar el papel del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos.

4. METODOLOGÍA

La metodología es de tipo cualitativa. Denzin & Lincoln¹¹ refieren que la investigación cualitativa “*estudia las cosas en su entorno natural, en un intento de dar sentido o interpretar los fenómenos a través de la visión de los propios sujetos que los viven*”. La selección de este tipo de metodología se justifica con la naturaleza de la propia pregunta de investigación, que consiste en explorar cuáles son las necesidades percibidas en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG que participan en el programa de pisos protegidos, antes del acceso a estos.

El trabajo se ha enmarcado en el paradigma fenomenológico¹² ya que se describe una realidad a través de la propia perspectiva de los sujetos que participan en la misma.

El tipo de estudio llevado a cabo sería el descriptivo¹², el cual se centra en recolectar datos para describir la realidad estudiada tal y como es.

4.1. Ámbito de estudio

El estudio se ha llevado a cabo en un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral para personas con enfermedad mental grave situado en la provincia de A Coruña.

Se trata de una asociación creada por familiares y amigos de personas con enfermedad mental grave, que a través del desarrollo e implementación de diversos programas pretende promover la salud y el bienestar de la persona con enfermedad mental, su recuperación psicosocial y laboral, la integración en el medio en el que vive y el apoyo a los familiares mediante la ayuda mutua, la gestión de recursos y el soporte social. El centro, mediante una atención integral personalizada de las personas con enfermedad mental y sus familias, facilita un entorno social normalizado, para lograr su autonomía e integración en la comunidad.

En él hay un total de 55 usuarios, que presentan el siguiente perfil: mujeres/hombres, de entre 18 y 65 años, con enfermedad mental grave.

Este centro cuenta en la actualidad con dos terapeutas ocupacionales entre su plantilla de profesionales. Además, entre los servicios proporcionados se encuentra el “programa de pisos protegidos” a través del cual se ha podido desarrollar el presente trabajo de investigación.

4.2. Entrada al campo

La entrada al campo se ha producido a través de las prácticas correspondientes a la asignatura de “Estancias Prácticas VII” de 4º curso del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña (UDC). La tutora de prácticas clínicas de terapia ocupacional en este dispositivo, ha sido el portero a través del cual la investigadora ha podido acceder al campo.

4.3. Selección de los informantes

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo teórico intencionado. Este permite seleccionar, a través de criterios como la facilidad de los contactos o la accesibilidad, a las personas que mejor puedan responder a las preguntas de la investigación y que permitan descubrir e interpretar el fenómeno estudiado.

En la tabla I se exponen los criterios de inclusión/exclusión:

Tabla I: Criterios de inclusión/exclusión para la selección de usuarios

<p>Criterios de inclusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir como usuario/a al centro en el que se realiza el estudio - Participar en el programa de pisos protegidos - Tener más de 18 años - Tener un Trastorno Mental Grave - Consentir colaborar en el estudio
--------------------------------------	--

Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar dificultades severas en la comunicación o en la comprensión que impidan la realización de la entrevista - Presentar alteraciones conductuales que impidan la realización de la entrevista - Tener más de 65 años
-------------------------------	--

En cuanto a los profesionales, se ha seleccionado a las dos terapeutas ocupacionales del centro y a la educadora encargada de la supervisión de los pisos protegidos.

4.4. Características de los informantes

Grupo 1: Se entrevistó a un total de ocho personas con Trastorno Mental Grave, siendo siete hombres y una mujer de edades comprendidas entre 33 y 52 años.

Tabla II: Grupo 1: Usuarios del programa de pisos protegidos

USUARIO	SEXO	EDAD	DIAGNÓSTICO	TIEMPO EN EL PISO
U1	Hombre	52 años	Esquizofrenia	Trece años
U2	Hombre	33 años	Esquizofrenia indiferenciada	Cuatro años
U3	Hombre	51 años	Esquizofrenia	Cuatro años
U4	Hombre	38 años	Esquizofrenia paranoide	Cuatro años y seis meses
U5	Mujer	38 años	Esquizofrenia simple	Un año y seis meses
U6	Hombre	42 años	Psicosis	Un mes
U7	Hombre	41 años	Psicosis	Dos años
U8	Hombre	45 años	Esquizofrenia Hebefrénica	Ocho años

Grupo 2: Se seleccionó a las dos terapeutas ocupacionales del centro y a la educadora encargada de la supervisión de los pisos protegidos.

Tabla III: Grupo 2: Profesionales

Profesionales	Función que desempeñan
T1	Son las encargadas de realizar las entrevistas iniciales a los usuarios y de diseñar las herramientas de evaluación
T2	
E1	Encargada de la supervisión de los pisos protegidos

4.5. Temporalización

El período total del estudio fue de 7 meses, desde noviembre del año 2012 hasta mayo del año 2013.

4.6. Instrumentos de recogida de información

El primer paso para la recogida de información ha sido la revisión bibliográfica. Esta revisión se ha realizado a través de las siguientes bases de datos o buscadores: Dialnet, CSIC, Pubmed, Scopus, revistas electrónicas y catálogo de la Biblioteca de la UDC. También se han utilizado libros referentes al tema estudiado.

Durante la búsqueda se han establecido límites referentes al idioma (inglés, español) y al período de publicación (año 2000 hasta la actualidad) y los términos libres empleados han sido los siguientes: enfermedad mental (“menthal health”), pisos protegidos (“protected housing”), terapia ocupacional (“occupational therapy”) y AVD (“Activities of daily living”).

Tras la recopilación de datos a través de la “Búsqueda bibliográfica”, se han utilizado diferentes técnicas para la recogida de la información:

- Técnicas documentales: revisión de las historias clínicas y de las entrevistas iniciales realizadas por las terapeutas ocupacionales del centro (Anexo I), así como, del cuaderno de anotaciones elaborado por la investigadora.
- Técnicas conversacionales: entrevista individual semiestructurada (Anexo II). La duración de cada una de ellas ha sido aproximadamente de 20 min/media hora, variando en función de la persona entrevistada. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. De ellas se obtuvo la información necesaria sobre los usuarios, antes del acceso al piso protegido, con respecto a las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria.
- Técnicas observacionales: se ha realizado una observación tanto participante como no participante. Para ello, la investigadora ha acudido a varias sesiones del " programa de pisos protegidos" durante las cuales ha participado de forma activa en la realización de las actividades o, bien, ha observado la consecución de las mismas por parte de los usuarios sin intervenir en ningún momento.

4.7. Análisis de datos

El análisis de los datos es un proceso circular que comienza con la propia recogida de información y que está en continua ebullición.

Para este análisis se ha utilizado un enfoque o aproximación deductiva, ya que se parte de categorías previamente establecidas, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así lo que sucede en cada una de ellas.

4.8. Rigor metodológico

Para garantizar la calidad y confiabilidad de la investigación, es necesario tener en cuenta una serie de criterios. Lincoln y Guba¹³ mencionan como tales la credibilidad, la transferibilidad, la dependencia y la confirmabilidad.

La credibilidad se logra cuando el investigador utiliza la observación y las conversaciones prolongadas con los usuarios para recolectar información relevante. Se fundamenta a través de la descripción detallada que se ha realizado del estudio y la muestra y, con la triangulación de las fuentes, ya que la información obtenida en las entrevistas a los usuarios se ha contrastado con las profesionales del centro.

La transferibilidad se refiere al grado de aplicación de los resultados a otros contextos. En este caso, no es posible debido al carácter único e irrepetible de los contextos, conductas y fenómenos estudiados. La transferencia entre contextos sería posible dependiendo del grado de similitud entre los mismos.

La dependencia, también conocida como consistencia, se ha logrado a través de la triangulación de los resultados, pues se han contrastado las respuestas de los usuarios durante la entrevista con la información proporcionada por las profesionales y, a través de la triangulación de los métodos de recogida de datos, entre los que se encuentra la observación, la entrevista a los usuarios y el análisis de documentos como las historias clínicas, las entrevistas iniciales realizadas por las terapeutas ocupacionales y el cuaderno de anotaciones elaborado por la investigadora.

La forma en la que se intenta ofrecer confirmabilidad a los datos se basa en las técnicas de triangulación, en las transcripciones literales de las entrevistas, en la descripción detallada del análisis y, sobre todo, en el

ejercicio de reflexión llevado a cabo por la investigadora.

4.9. Consideraciones éticas

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una Hoja de información al usuario (Anexo III) y otra Hoja de consentimiento informado (Anexo IV) exponiendo que la información obtenida será manejada bajo confidencialidad siguiendo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. Se ha atribuído un código de identificación a cada uno de los usuarios para garantizar el anonimato de sus datos.

A continuación, se ha realizado una reunión grupal con los usuarios durante la que se ha explicado el estudio, se han resuelto dudas y se han firmado las Hojas de Consentimiento informado.

Por otro lado, se ha entregado una Hoja de información (Anexo V) y otra Hoja de consentimiento informado (Anexo VI) a la dirección del centro para solicitar el permiso de entrada al campo.

Finalmente, se ha solicitado permiso al Comité de Ética de la UDC (Anexo VII), el cual se ha declarado incompetente para evaluar los aspectos éticos de esta solicitud (Anexo VIII).

5. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos en este estudio.

Se han dividido en dos bloques para un mejor entendimiento del análisis:

Bloque 1: Se han analizado las necesidades percibidas en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios que acuden al programa de pisos protegidos.

Bloque 2: Se ha identificado el papel del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos.

Se ilustrarán a través de los verbatim de los participantes que aparecen bajo anonimato y representados por un código de identificación acompañado de números correlativos: usuarios del programa de pisos protegidos (U) y educadora (E), y de las anotaciones en el cuaderno de campo sobre la observación participante (OP) y la observación no participante (ONP).

Análisis de las necesidades percibidas en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios que acuden al programa de pisos protegidos

Para el análisis de estas necesidades se han dividido las actividades básicas e instrumentales en diferentes actividades utilizando algunos conceptos propuestos por el Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional⁸:

Vestirse: Entendiendo esta actividad como “seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a la hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos [...]” En cuanto a la selección de las prendas de forma adecuada, la mayoría de los usuarios afirmaron hacerlo de forma autónoma y sin ningún tipo de problema

“Si, si. Incluso hace años, cuando era joven, tenía fama de vestir bien. (Risas)”
(U1)

“Si...la cogía de allí la ropa que tenía para verano, para invierno...” (U3)

Sin embargo, algunos reconocían necesitar, en algunas ocasiones, la ayuda de una tercera persona para este tipo de actividades.

“No sabría decirte... ¡sí, puede ser! Sino me ayudaban a elegir la chaqueta si hacía frío, o...” (U4)

“A veces sí, a veces no. Pero bueno, con la estación del año normalmente sí y sino me ayudaba mi madre.” (U8)

En cuanto a la obtención de las prendas de vestir de su lugar de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia y amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos, la mayor parte de los usuarios no mostraban dificultades, incluso les llegó a extrañar la pregunta

“¿Para vestirme? (Risas). Me vestía siempre yo solo, sin ningún problema. Cogía la ropa del armario, la que...que quería poner ese día y ya me vestía y me calzaba.” (U1)

“Yo sólo también. ¿Cómo iba a necesitar ayuda para vestirme? (Risas)” (U2)

Mientras que, por ejemplo el U7, afirmó que la selección de las prendas de su lugar de almacenamiento las realizaba una tercera persona

“Mi madre me colocaba lo que tenía que poner y...y yo ya ponía.” (U7)

Bañarse, ducharse: Entendiendo esta actividad como “Obtener y utilizar suministros; enjabonarse, enjuagarse y secarse partes del cuerpo [...]” e *Higiene y arreglo personal:* Entendiendo esta actividad como “obtener y usar suministros; eliminar el vello corporal (por ejemplo, usar navajas de afeitar, pinzas, lociones); aplicar y eliminar cosméticos; lavar, secar, peinar, dar estilo, cepillar y recortar el pelo; cuidar las uñas (manos y pies); cuidar la piel, oídos, ojos y nariz; aplicar el desodorante; limpiar la boca, cepillar dientes y usar hilo dental, o eliminar, limpiar y colocar ortesis y prótesis dentales.

Tras la explicación de ambos conceptos, todos los usuarios entrevistados afirmaron ser autónomos en cada una de las tareas que implican estas actividades, reflejándose a cuál de ellas le daban más importancia.

“Sí, me duchaba yo solo todos los días. No podía salir de casa sin ducharme.”

(U1)

“Claro. Siempre fui muy serio con el tema del aseo y del cuidado y todo eso...”

(U4)

“Todo yo solo. Ahora soy un poco, ¿cómo decirte?...un poco descuidado con el afeitado. Pero antes estaba más pendiente.” (U6)

A lo largo de las entrevistas, se ha observado que a pesar de afirmar su autonomía en dichas actividades, durante los momentos de crisis sí necesitaban ayuda o supervisión para realizarlo de forma adecuada o, incluso, para recordar que debían hacerlo

“Cuando tenía de aquella tenía recaídas bastante fuertes, a veces me abandonaba un poco. Pero...solo...solo esa temporada que me encontraba mal, después ya...incluso encontrándome mal a veces me duchaba.” (U1)

“El U2 mostraba poca frecuencia en duchas (dos veces por semana) e inexistencia en el lavado de dientes durante las crisis.” (E1)

“A no ser que me encontrase mal, cuando tenía alguna crisis...casi siempre yo solo.” (U7)

Gestión de la comunicación: Entendiendo esta actividad como “enviar, recibir e interpretar la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, incluyendo herramientas de escritura, teléfonos, máquinas de escribir, grabadoras audiovisuales, ordenadores [...]”

Todos los usuarios entrevistados afirmaron utilizar sistemas de comunicación como el teléfono fijo de forma autónoma

“E...hace años utilizaba teléfono fijo para llamar a una hermana mía.” (U1)

“En donde trabajaba lo utilizaba mucho, ¡eh!” (U3)

“Por ejemplo, antes lo utilizaba para...por ejemplo si tenía que hacer una...una cita al médico de cabecera, para...si estaba malo de la garganta o por ejemplo, el fin de semana para... ,si estaba en casa, e... para llamar a algún amigo o algún compañero si quería bajar.” (U7)

En cuanto al uso del teléfono móvil o dispositivos como el ordenador, afirmaron tener mayor dificultad

“Bueno, hace unos años ya compré yo móvil pero...normalmente llamaba si tenía que llamar y nada más, no andaba con juegos ni nada que no sé...” (U1)

“El móvil vino después, aún hace poco,y no sabía usarlo. (Risas)” “El ordenador no sabía ni encenderlo.” (U3)

“Para llamar y que me llamaran. Y...mensajes todavía no sabía mandar.” (U5)

“El ordenador me resultaba muy complicado, hasta que llegué al centro.” (U6)

Movilidad en la comunidad: Entendiendo esta actividad como “ Moverse por la comunidad y utilizar el transporte público o privado, como conducir, caminar, andar en bicicleta, o acceder al autobús, taxi u otros sistemas de transporte.”

Ninguno de los usuarios ha mostrado dificultades en el uso del transporte público, afirman que utilizaban de forma autónoma tanto el autobús como el taxi

“Sí,el bus o me llevaba mi madre en coche.” (U2)

“Sííí, el bus. En aquel momento no usaba taxis, porque no tenía dinero para el taxi,pero el bus lo cogía yo sola.” (U5)

“Bueno, si hacía buen día iba andando. Pero no tenía problema por coger un autobús.” (U6)

Se ha observado una gran satisfacción personal, en alguno de los usuarios, al responder a esta pregunta. Por ejemplo, el U7 afirma

“Utilizaba antes el bus urbano. A veces. O a veces el bus...el arriba, ¡que es mucho más complicado! y sino utilizaba, como tenía la suerte de conducir antes de estar en los pisos, pues utilizaba...el coche de mi padre, a veces, no siempre.” (U7)

En cuanto al transporte privado, la mayoría no tiene carnet de conducir por lo que no se ha podido observar si existen dificultades

“Si, el autobús siempre lo usé. No tengo carnet de conducir.” (U1)

Uso de la gestión financiera: Entendiendo esta actividad como “manejar los discursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacción financiera, y planificar y usar las finanzas con objetivos a corto y largo plazo”.

Con respecto a esta actividad, alguno de los usuarios era independiente en el manejo de su dinero sin necesidad de ayuda o supervisión.

"Yo el dinero siempre lo organizo yo. Nunca hizo falta que me lo organizaran, porque yo no tengo vicios." "no sé, lo que gasto yo, por ejemplo, es en...libros, yo que sé, ir al monasterio." (U4)

"Yo no gasto mucho. Lo tenía todo yo." (U6)

"Lo organizaba bien porque yo siempre fui...no gastaba, nunca gastaba mucho. Y ahorraba bastante dinero." (U7)

"No tenía mucho dinero. Pero...lo poco tal, me lo llevaba yo." (U8)

Mientras que otros, por el contrario, necesitaban que una tercera persona supervisase o administrase la gestión de su dinero por diferentes motivos

"A los U1 y U2 les administraba el dinero otra persona, ya que ellos tenían dificultades para hacerlo." (E1)

"Se lo daba todo a mi madre. Y ella me daba el fin de semana mil...mil el sábado y mil el domingo. Me suministraba el dinero después con el sueldo que le daba." "Porque si lo tenía yo lo gastaba todo. ¡Era un peligro! (Risas)" (U3)

"Me lo administraba mi hermano. Es que yo no tenía la pensión cuando vivía con mi hermano, entonces mi hermano me... me ayudaba a comprar las cosas de higiene o...algo que yo necesitara y...luego me siguió ayudando y me ayudó mi padre hasta que yo cobré la pensión." (U5)

Gestión y mantenimiento de la salud: Entendiendo esta actividad como "desarrollar, manejar y mantener una rutina para la salud y la promoción del bienestar, tales como la salud física, nutrición, disminuir comportamientos de riesgo para la salud y rutina de toma de medicamentos".

La educadora afirma que los usuarios no solían realizar ningún tipo de actividad física

"Los usuarios, desde que están en el piso protegido, realizan caminatas en su tiempo libre. Además, en el centro tienen un taller de actividad física." (E1)

En cuanto a la nutrición, los usuarios sólo sabían preparar platos sencillos tales como bocadillos, pizzas, bistecs...necesitando a una tercera persona para lograr una dieta equilibrada

“Bueno, yo lo que me hacía, me hacía sándwich, me ponía la pizza al horno.”

(U4)

En la toma de medicación, alguno de los usuarios era independiente, por ejemplo, el U6 como afirma la educadora

“Él era totalmente independiente en la toma de su medicación.” (E1)

Mientras que otros, necesitaban ayuda o supervisión de forma continua o en contadas ocasiones para recordar tomarla, por ejemplo, el U5 afirma precisar a una tercera persona

“E...me ayudaba mi hermano. Me escribía un cartel: ‘acuérdate de tomar la medicación a las ocho...’ “ (U5)

Y el U1 afirma ser independiente salvo en algunas ocasiones, en las que sí necesitaría ayuda

“Si, si. Salvo aquella vez que me dio, que tuve aquella recaída tan fuerte nunca hubo que... me la controlo para tomarla, me la controlo para ir a la farmacia a comprarla cuando me hace falta y todo.” (U1)

A lo largo de las entrevistas, se ha observado que la rutina de toma de medicamentos es una de las actividades a la que más importancia dan la mayoría de los usuarios, por ejemplo, el U4 y el U7

“A mí, nunca tuve ningún problema para tomar la medicación por mi cuenta. Y siempre me acordé, no, ningún problema. Que eso parece ser que a muchos enfermos mentales les pasa, pero para estar bien es lo más importante.” (U4)

“Pero si tomaba la medicación antes, la tomaba yo solo sí. A raja tabla. Sin la medicación no podría hacer nada.” (U7)

Establecimiento y gestión del hogar: Entendiendo esta actividad como “obtener y mantener las posesiones personales y del hogar [...] incluido el mantener y reparar los efectos personales (ropa y artículos del hogar) [...]”.

La mayoría de los usuarios no realizaban las tareas del hogar. Eran sus familiares los encargados de realizarlas, sobre todo sus madres

“Bueno...hacía la cama... ¡No! no la hacía (Risas)” (U3)

“Es que mira, ¿sabes lo que pasa? Que mi madre le gustaba mucho hacerlo ella para estar activa y yo estaba a lo mejor centrado en trabajar.” (U4)

“Eso lo hacía mi madre, yo le ayudaba en lo que...que podía y ella me dejaba. Barría...limpiaba el polvo, a veces...” (U7)

“Alguna...bueno, prefería ocuparse mi madre, prefería ella ocuparse ella misma.” (U8)

Preparación de la comida y la limpieza: Entendiendo esta actividad como “planificar, preparar, servir comidas bien equilibradas y nutritivas; y la limpieza de los alimentos y utensilios después de las comidas”.

En cuanto a la planificación y preparación de comidas bien equilibradas y nutritivas, la mayoría de los usuarios sólo cocinaban platos sencillos, bien porque no sabían cocinar otra cosa o bien porque sus madres o familiares preferían hacerlo

“El U2 no sabía hacer comidas más allá de pasta, bocadillos o platos sencillos.” (E1)

“Bueno, yo lo que me hacía, me hacía sándwich, me ponía la pizza al horno. Podía hacer...hombre, me las arreglaba después cuando estaba yo solo, hacía unas patatas fritas... con un filete o algo así, pero bueno...” (U4)

“E...mi madre.Porque yo no...no...nunca me puse. No sé...” (U6)

Mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia: Entendiendo esta actividad como “conocer y realizar procedimientos de prevención para mantener un entorno seguro, así como reconocer situaciones peligrosas inesperadas y repentinas; e iniciar una acción de urgencia para reducir la amenaza a la salud y la seguridad”.

Todos los usuarios entrevistados afirman, en un primer momento, conocer los procedimientos de prevención ante una situación de riesgo

“Situaciones de emergencia...vamos a ver...nunca tuve emergencias en mi casa que no fuesen emergencias médicas y si que supe lo que tenía que hacer.” (U4)

“Sí, porque cuando mi madre se puso mal yo llamé al 061. Hombre, te pones un poco nervioso pero sabía más o menos cómo actuar.” (U8)

Sin embargo, cuando analizan las diferentes situaciones que pueden surgir se percatan de que ante algunas no sabrían cómo tendrían que actuar.

“Pero yo hice lo que me dijo mi vecina, y me sentí tranquilo, a pesar del fuego me sentí tranquilo.” (U1)

“Ante emergencias como fuego, o gas...ya...ya no sé bien si sabría.” (U4)

“A veces sí y a veces...me bloqueaba un poco, a veces. A veces no sabía yo bien...Y me tenían que explicar lo que debía hacer.” (U7)

“Si fuese una fuga de gas, a lo mejor no sabría (Risas).” (U8)

Compras: Entendiendo esta actividad como “preparar la lista de la compra (comestibles y otros), seleccionar, adquirir y transportar los artículos; seleccionar el método de pago, y completar las transacciones monetarias”.

Alguno de los usuarios realizaban las compras de forma autónoma

“A veces iba mi padre...otras veces iba yo...otras veces, mis hermanos... pero normalmente me tocaba a mi o a mi padre.” (U1)

“El U2 y el U3 eran capaces de realizar compras de forma autónoma sin necesidad de ayuda o supervisión.” (E1)

En la mayoría de las ocasiones, sus familiares solían acompañarlos, por necesidad de supervisión o, simplemente, por hacerles compañía

“Miña nai e máis eu. Íbamos los dos.” (U8)

“No...la ropa, mi madre tiene la manía de venir conmigo para asesorarme.” (U4)

“El U7 era capaz de realizar compras de forma independiente, pero su madre lo acompañaba en todas sus salidas.” (E1)

Tras el análisis de las necesidades percibidas por los usuarios en sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se ha observado que dichas necesidades se pueden ver influenciadas por la convivencia familiar previa. La mayoría de ellos, se encontraba en una situación de sobreprotección por parte de sus familiares, como se puede percibir en alguna de las respuestas dadas durante la entrevista

“Porque...ella no me dejaba...e...prefería hacerlo ella. Porque igual yo no sé, o lo hago mal. Y ya lo hacía ella.” (U3)

“Mi madre, porque le gustaba hacerlo a ella. Y ya...ya lo hacía ella y me decía que así yo podía hacer otras cosas, por ejemplo escribir, y no me cansaba.” (U4)

“(..).lo hacía mi madre o mi hermana porque no les gustaba que a mi me molestase la espalda.” (U6)

“Veía yo que en la cocina me faltaba un poco de iniciativa, entonces mi madre quería, quería estar mi madre a mi lado para poder...poder meterme yo bien en la cocina y poder sacar un bistec, poder echar un trozo de carne...porque si no estaba ella no lo hacía bien.” (U7)

Lo que supone un menor grado de independencia en las actividades analizadas.

Identificación del papel del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos

Para la identificación del papel del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos se ha llevado a cabo una observación participante y no participante.

La decisión de la incorporación del usuario al programa de pisos protegidos puede acontecer a decisión del equipo técnico (formado por dos psicólogos, dos terapeutas ocupacionales y una trabajadora social) en base a los datos recogidos en las entrevistas, a petición de las unidades de salud mental del área sanitaria, o bien, a petición de los familiares. Pero siempre bajo la decisión del equipo técnico.

Las terapeutas ocupacionales son las encargadas de realizar la entrevista inicial de terapia ocupacional a los usuarios (Anexo I). Con esta entrevista, las terapeutas identifican las necesidades de cada uno de los usuarios

“Adquisición, entrenamiento y mantenimiento de actividades de autocuidado.”

“Adquisición de las destrezas asociadas al desempeño de las actividades de alimentación.” (ONP)

Una vez realizada la entrevista y analizados los datos recogidos en la misma, se exponen en reunión de equipo técnico (dos psicólogos, dos terapeutas ocupacionales y una trabajadora social).

Según las necesidades que observen las TO, se aplicarán herramientas de evaluación a los futuros usuarios de pisos protegidos con el fin de

ampliar información para la posterior realización de los entrenamientos.

Aprobada la incorporación a los pisos protegidos de la entidad, las educadoras de pisos inician el entrenamiento en ABVD y AIVD con el usuario, con un mínimo de un mes de duración.

El contenido del entrenamiento va a depender de la información obtenida en la entrevista de TO y de los resultados de las herramientas de evaluación

“Tras observar las dificultades con respecto a las tareas del hogar, se ha realizado un entrenamiento en la limpieza del cuarto de baño. Se ha explicado al U6 cada una de las tareas, realizándolas en un primer lugar la investigadora para, posteriormente, observar al usuario mientras las realiza y solucionar cualquier duda que pueda surjirle.” (OP)

Finalizado el período de entrenamiento, el usuario, el familiar y la dirección del Centro firman un contrato de incorporación a la vivienda y leen las normas de las mismas. El usuario se incorpora a la vivienda.

Periódicamente se realiza un registro de la evolución del usuario en la vivienda a través de herramientas de evaluación ajustadas al programa de pisos (Anexo IX), además de la observación de las educadoras de pisos, que transmiten información de los usuarios al equipo técnico en reunión semanal.

Con el programa de pisos protegidos, basado en la observación del funcionamiento ocupacional del usuario, la supervisión de las educadoras de pisos y la planificación de actividades, se pretende el incremento de las habilidades y destrezas de la persona y la adquisición o recuperación de roles y rutinas que incrementan la calidad de vida.

6. DISCUSIÓN

Este estudio de investigación ha pretendido describir cuáles son las necesidades percibidas en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas. Asimismo, se ha identificado el papel del terapeuta ocupacional en dicho programa en base a esas necesidades.

Durante la fase de búsqueda y revisión bibliográfica de este estudio se ha observado que existen diferentes documentos que constatan cuáles son las necesidades de los usuarios con TMG con respecto a las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria. Dulce Romero y Pedro Moruno^{14,15}, afirman que un gran número de personas con enfermedad mental presenta dificultades a la hora de desempeñar de forma satisfactoria sus actividades de la vida diaria. Encontrándose que la higiene y el arreglo personal, la alimentación, el vestido y la adquisición de hábitos saludables son las que se ven afectadas con mayor frecuencia. Ana Abad y Angélica García, refieren que existen diferentes factores que afectan al desempeño ocupacional, entre los que se encuentran los propios de la enfermedad como la anhedonia o incapacidad de la persona para experimentar placer durante el desempeño de cualquier tipo de actividad u otros factores, como la falta de autoestima y motivación, la pérdida de hábitos y la sobreprotección familiar¹⁶. Esta última, como se ha observado en el presente estudio de investigación, afecta a la autonomía para la ejecución de las tareas, dificultando la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de nuevas actividades.

Sin embargo, apenas existe documentación oficial ni actual sobre el papel del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos, o no se dispone de ella. Existen documentos que hacen referencia a las preferencias de vivienda por parte de los usuarios, como el estudio realizado en Quebec (Montreal)¹⁷, en el que se afirma que un 44% de los

consumidores eligen vivir en pisos tutelados como su primera opción; otros como el realizado en New York¹⁸, en el que se hace referencia a los beneficios percibidos por los usuarios de estos pisos, como la adquisición de un mayor grado de autonomía, la viabilidad económica y la reducción de los sentimientos de aislamiento, u otros que afirman que el terapeuta ocupacional forma parte del equipo interdisciplinar en estos programas⁵, pero no se hace referencia al papel que desempeña.

A pesar de que no se han encontrado estudios similares que pretendan describir la función del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos, existe documentación acerca de la intervención de este profesional con respecto a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas con enfermedad mental grave.

En el presente trabajo, se han identificado algunas de las funciones del terapeuta ocupacional:

- Identificar cuáles son las necesidades que interfieren en la independencia y el desempeño de la persona¹⁴. En este caso, a través de la entrevista inicial de elaboración propia.
- Uso de herramientas de evaluación¹⁹ que, junto con la entrevista inicial, ayudan a identificar las necesidades de cada usuario. En este caso, las terapeutas ocupacionales son las encargadas de diseñar las herramientas de evaluación, pero no de aplicarlas.
- Establecer los objetivos¹⁹.
- Realizar evaluaciones ocupacionales continuadas, a través de la recogida de información sobre el desempeño de los usuarios durante el período de intervención¹⁹. En este caso, la información se obtiene mediante las herramientas de evaluación y la observación realizada por las educadoras, ya que las terapeutas ocupacionales no acuden a los pisos.

Sin embargo, autores como Pedro Moruno, Dulce Romero y Miguel Ángel Talavera hacen referencia a otras funciones de este profesional, no identificadas a lo largo de este estudio de investigación:

- Reducir o eliminar las barreras psíquicas y físicas que interfieran en el desempeño ocupacional¹⁴.
- Facilitar el entrenamiento para la adquisición y mantenimiento de las destrezas asociadas al desempeño de las actividades de la vida diaria básicas, como la higiene, el aseo, la alimentación, el vestido, la toma de medicación, etc¹⁹.
- Facilitar el entrenamiento para la adquisición y mantenimiento de las destrezas asociadas al desempeño de actividades de mantenimiento y cuidado del hogar, como preparación de comidas, compras, uso de la gestión financiera, etc¹⁹.
- Diseñar actividades y programas¹⁹. Como podrían ser las actividades de *selección y cuidado de la ropa*¹⁴, en las que los usuarios eligen qué prenda es la más adecuada a cada situación o el *programa de nutrición y control de peso*¹⁴, en el que el terapeuta realiza junto con los usuarios un planning de menús para cada semana, se usan recetas, etc.

Finalmente, cabe destacar la presencia de ciertos límites en el trabajo que hacen necesario continuar con futuras líneas de investigación:

- La discusión llevada a cabo se ha visto limitada por la falta de evidencia científica con la que comparar los resultados.
- Las terapeutas ocupacionales del centro no son las encargadas de acudir a los pisos protegidos, por lo que no se han podido identificar todas las funciones que desempeñarían durante su intervención.

7. CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que, por un lado, los usuarios entrevistados perciben diferentes necesidades con respecto a las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria antes del acceso al piso protegido. Se ha detectado que la higiene y el arreglo personal, la alimentación, el vestido y la adquisición de hábitos saludables son las que se ven afectadas con mayor frecuencia.

Las narrativas explican también que estas necesidades se pueden ver influenciadas por la convivencia familiar previa, ya que la mayoría de ellos se encontraba en una situación de sobreprotección por parte de sus familiares, lo que afecta a la autonomía para la ejecución de las tareas, dificultando la capacidad de aprendizaje y el desarrollo de nuevas actividades.

Por otro lado, se han identificado algunas funciones del terapeuta ocupacional en el programa de pisos protegidos, entre las que se encuentra la identificación de las necesidades que interfieren en la independencia y el desempeño de la persona, el diseño de las herramientas de evaluación, el establecimiento de objetivos y la realización de evaluaciones ocupacionales continuadas.

Sin embargo, se considera que el terapeuta ocupacional podría tener una intervención más amplia en este programa, por lo que se establece la necesidad de continuar investigando en esta línea para obtener información sobre un mayor número de competencias de este profesional.

8. AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la ayuda ofrecida por todos los participantes en este estudio y por los profesionales del centro.

A mis tutoras, Paula Díaz Romero y María Jesús Movilla Fernández por su apoyo y dedicación a lo largo de la realización de este trabajo.

Por último, agradecer a mis padres, mi hermana, mi pareja y mis amigas, en especial a Adri, Alba, Ale, Ana, María, Sandra, Sonia y Tamara, por ayudarme, escucharme, y apoyarme en los momentos difíciles.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales. Manual de formación para cuidados no contorno familiar de persoas con enfermidade mental. Galicia: Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Benestar; 2011.
3. OMS (2004). Prevención y promoción en salud mental. Salud Mental: evidencia e investigación. Ginebra. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.
4. Cabrera Forneiro J, Fuentes C. La esquizofrenia. De la Incertidumbre a la Esperanza. Madrid: FEAFES: Confederación Española de Agrupaciones de Familiares de Enfermos Mentales; 2002.
5. Collantes B, Díaz L, Martín C, Gallego MR. Diseño y organización general de un piso supervisado. En: Florit Robles A, coordinador. Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos Residenciales y Programas Básicos de Intervención. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales; 2007. p. 173-85.
6. Piat M, Lesage A, Boyer R, et al. Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*. 2008; 59(9): 1011-7.
7. Gisbert C. coordinador. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: Situación actual y recomendaciones. 6ª ed. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002.

8. Moruno P, Talavera MA. Terapia ocupacional en recursos sociocomunitarios. En: Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Terapia Ocupacional en salud mental. Madrid: Masson; 2011. p. 229-51.
9. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-83.
10. Pellegrini M. Terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad-RBC [sede web]. Terapia-ocupacional.com; 2006 [actualizada el 24 mayo 2013; acceso en noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml
11. Frank G, Polkinghorne D. Qualitative Research in Occupational Therapy: From the First to the Second Generation. OTJR Occupation, participation and health. 2010; 30 (2): 51-7.
12. Vázquez M, Silva M, Mogollón A, Fernández-Sanmamed M, Delgado M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
13. Cáceres Mesa M, García Cruz R. Fuentes de rigor en la investigación cualitativa. Bibliociencias [Internet]. 2002 [acceso en febrero de 2013]; [10 p.]. Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>
14. Martorell M, Romero D. Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En: Moruno P, Romero D. Terapia Ocupacional: teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p.319-58.

15. Cantero Garlito P, Moruno Millares P. Actividades de la vida diaria en salud mental. En: Moruno Millares P, Romero Ayuso D. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2006. p.219-56.
16. Abad Fernández A, García Romo A. Autocuidados y actividades básicas de la vida diaria. En: González Cases JC, Rodríguez González A. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Servicios Sociales; 2002. p.99-106.
17. Nelson G. Housing for Persons With Serious Mental Illness: Consumer and Service Provider Preferences. *J Sociol Soc Welf.* 2010; 37(4): 1-24.
18. Siegel C, Samuels J, Tang D, Berg I, Jones K, Hopper K. Tenant outcomes in supported housing and community residences in New York City. *Psychiatric Services.* 2006; 57(7): 982-91.
19. Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2007 [acceso 10 de abril de 2013]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>

10. Anexos

Anexo I. Entrevista inicial de Terapia Ocupacional.

ENTREVISTA INICIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

Fecha:

Datos del usuario

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Núcleo de convivencia:

I. ÁREAS DE LA OCUPACIÓN: ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y DESCANSO-SUEÑO:

CARACTERÍSTICAS DEL DOMICILIO

- Tipo de domicilio: vivienda unifamiliar piso ascensor vivienda protegida
 entorno rural entorno urbano accesos exteriores adecuados
 el entorno físico permite la movilidad en la comunidad

Anotaciones:

Hogar

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuida el entorno del hogar | <input type="checkbox"/> Usa productos de limpieza |
| <input type="checkbox"/> Detecta la suciedad | <input type="checkbox"/> Detecta la necesidad de comprar productos de limpieza |
| <input type="checkbox"/> Limpia la casa de forma autónoma | <input type="checkbox"/> Detecta el desorden |
| <input type="checkbox"/> Detecta efectos personales estropeados | <input type="checkbox"/> Ordena la casa |
| <input type="checkbox"/> Repara o renueva efectos personales | |

Anotaciones:

Higiene y arreglo personal

Frecuencia de duchas:

Frecuencia de lavado de dientes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se depila | <input type="checkbox"/> Utiliza desodorante |
| <input type="checkbox"/> Utiliza productos de higiene adecuadamente | <input type="checkbox"/> Selecciona prendas de vestir acorde al tiempo y estación del año |
| <input type="checkbox"/> Cuida las uñas | <input type="checkbox"/> Selecciona prendas acorde a la actividad a realizar |
| | <input type="checkbox"/> Selecciona prendas acorde a eventos |

Anotaciones:

Cuidado de la ropa

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ordena los armarios | <input type="checkbox"/> Tiene plancha |
| <input type="checkbox"/> Retira la ropa en cada cambio de temporada | <input type="checkbox"/> Sabe planchar |
| <input type="checkbox"/> Tiene lavadora | <input type="checkbox"/> Utiliza la plancha |
| <input type="checkbox"/> Sabe utilizar la lavadora | <input type="checkbox"/> Tiende la ropa |
| <input type="checkbox"/> Pone la lavadora | <input type="checkbox"/> Cambia la ropa con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Lava a mano | |

Anotaciones:

Alimentación y preparación de la comida

- Prevé los alimentos que necesita comprar
- Cocina
- Elabora menús semanales
- Su alimentación es equilibrada
- Sabe cocinar
- Realiza compras de manera autónoma

Anotaciones:

Gestión del dinero

- Sabe administrar su dinero
- Le administra el dinero otra persona
- Necesita administración del dinero desde el CRPL

Anotaciones:

Compras

- Es capaz de realizar compras de forma autónoma
- Necesita supervisión para realizar compras
- Selecciona los artículos fijándose en calidad/precio
- Hace la lista de la compra de forma independiente

Anotaciones:

Descanso y sueño

- Duerme toda la noche
- Participa en rutinas para la preparación del sueño/descanso
- Tarda en quedarse dormido
- Despierta varias veces durante la noche
- Duerme siestas largas

Anotaciones:

Movilidad en la comunidad

- Utiliza transporte público de forma autónoma bus taxi bicicleta otros
- Conduce

Anotaciones:

Manejo y mantenimiento de la salud

- Realiza ejercicio físico
- Realiza caminatas en su tiempo libre
- Existen comportamientos de riesgo para su salud
- Es independiente en la toma de medicación

Anotaciones:

Otras actividades instrumentales de la vida diaria

- Cuida de terceros
- Tiene mascota y la cuida
- Gestión de la comunicación: envía, recibe e interpreta la información utilizando variedad de sistemas y equipos:
 - escritura teléfono teléfono móvil ordenador
- Actividad sexual inadecuada
- Crianza de niños
- Practica la religión
- Es capaz de responder a emergencias

Anotaciones:

II. ÁREA DE LA OCUPACIÓN DE EDUCACIÓN:

Participación en la educación formal académica. Nivel:

Formación:

Participación en la educación personal informal (clases, programas, actividades):

III. ÁREA DE LA OCUPACIÓN DE TRABAJO:

- Ha trabajado Tiempo trabajado Profesión:
- La búsqueda de empleo está dentro de sus intereses
 Posee habilidades para la búsqueda de empleo: Sí No
- Intereses y actividades para la búsqueda de empleo:
- Es o ha sido voluntario: Sí No

Anotaciones:

IV. ÁREA DE LA OCUPACIÓN DE OCIO Y TIEMPO LIBRE**PARTICIPACIÓN SOCIAL EN:**

- LA FAMILIA:

- LA COMUNIDAD:

- CON COMPAÑEROS/AMIGOS:

Otra información relevante:

Anexo II. Guión de entrevista a los usuarios.

- ¿Cuánto tiempo llevas en el piso? ¿Con quién vivías antes?
- ¿Quién cocinaba cuando tú estabas en casa? ¿Por qué?
- ¿Quién hacía la lista de la compra? ¿Y quién iba al supermercado a comprar lo necesario?
- ¿Te duchabas tú solo/a? ¿Y lavarte los dientes y asearte? ¿Cómo hacías para acordarte de hacerlo? ¿te ayudaba alguien?
- ¿Cómo hacías para vestirte? ¿Seleccionabas la ropa con la estación del año? ¿Te encargabas tu de ir a comprar tu ropa?
- ¿Te encargabas de alguna de las tareas del hogar (hacer las camas, barrer, limpiar...)?
- ¿Quién se encargaba de poner la lavadora? ¿Y de tender la ropa? ¿Y de planchar?
- ¿Te tomabas la medicación tú solo/a? ¿Cómo te acordabas de tomarla?
- ¿Cómo organizabas tu dinero?
- ¿Utilizabas algún tipo de medio de transporte? ¿Cómo lo hacías?
- ¿Utilizabas el teléfono fijo o el móvil? ¿Y el ordenador? ¿Cómo lo hacías?
- Si estabas en alguna situación de emergencia, ¿sabías cómo actuar?

Anexo III. Hoja de información al usuario.

Hoja informativa para los usuarios

El presente documento tiene como finalidad proporcionarle información sobre un estudio de investigación al que se le invita a participar. El estudio responde al título de: “Percepción del desempeño ocupacional en el área de actividades de la vida diaria de usuarios de pisos protegidos con trastorno mental grave: la intervención del terapeuta ocupacional” y será realizado por Pamela Picallo Amigo, estudiante de 4º curso en el Grado de Terapia Ocupacional.

Antes de decidir si participa o no debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. A continuación, si usted desea participar se le pedirá que firme esta forma de consentimiento y se le entregará una copia firmada y fechada de la misma.

Objetivo del estudio

El objetivo principal del estudio consiste en describir las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Beneficios del estudio

La participación en este estudio no le proporcionará ningún beneficio directo, sin embargo, se espera que pueda ser de utilidad a la hora de conseguir la intervención más adecuada y completa para usted, así como, adaptar la labor del terapeuta ocupacional a las necesidades reales de cada usuario en particular, al obtener la información a través de los mismos.

Riesgos o inconvenientes del estudio

No se ha determinado ningún tipo de riesgo o inconveniente debido a la participación en este estudio.

Procedimientos del estudio

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista que será grabada y, posteriormente, transcrita para que la investigadora pueda reflejar las ideas que usted haya expresado. Las grabaciones serán almacenadas el tiempo que sea necesario para la realización del estudio y, una vez finalizado, serán eliminadas.

La información que se recoja será totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los especificados para esta investigación.

Aclaraciones

- La participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Si decide participar puede retirarse en el momento que estime oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin ninguna consecuencia desfavorable para usted.
- Durante el transcurso del estudio, usted podrá solicitar información sobre el mismo al investigador responsable.
- En caso de que usted no quisiera responder a alguna de las preguntas formuladas durante la entrevista, está en su derecho a no contestar y así debe comunicárselo a la investigadora.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida durante el estudio será utilizada con estricta confidencialidad.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas a cerca de su participación puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Anexo IV. Consentimiento informado a los usuarios.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido contestadas adecuadamente. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Anexo V. Hoja de información al centro.

Hoja informativa

Finalizada la segunda mitad del siglo XX, la identificación de nuevas necesidades para las personas con algún tipo de enfermedad mental, junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico, dan lugar a lo que actualmente se conoce como *modelo comunitario de atención a la enfermedad mental*, considerando la comunidad como el entorno más idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales.

La situación de cada una de estas personas es diferente: muchos de ellos están viviendo con sus familias, pero en una situación de tensión o desestructuración que hace necesario el abandono del entorno familiar; algunos viven solos, pero se encuentran en situación de precariedad y riesgo de marginación, y otros incluso se encuentran hospitalizados o viviendo en una residencia, a la espera de la alternativa residencial idónea que permita su reinserción en la comunidad.

Dentro de los recursos residenciales existentes se encuentran los pisos protegidos (o supervisados). Estos pisos constituyen un recurso comunitario en el que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica, las cuales tienen dificultades para cubrir de forma independiente sus necesidades, pero cuentan con un nivel aceptable de autonomía. Entre todos los profesionales que forman parte del equipo de atención en estos pisos, sería importante incluir al Terapeuta Ocupacional, ya que su participación puede ser de utilidad a la hora de llevar a cabo la intervención más adecuada y completa para los usuarios.

Teniendo en cuenta todo lo explicado con anterioridad, se decide llevar a cabo un trabajo de investigación cualitativa de tipo fenomenológico, cuyo objetivo es describir las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de

pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Tras proporcionar la información necesaria a los usuarios y solicitar su participación (anexo 1), se realizará una entrevista semiestructurada a cada uno de los usuarios que viven en estos pisos. Esta entrevista será grabada y, posteriormente, transcrita para facilitar a la investigadora el análisis de la información y las ideas expresadas por los participantes.

Además, para reforzar la información obtenida, se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los participantes y se contará con el apoyo de las dos Terapeutas Ocupacionales del centro.

Durante todo el proceso de investigación, los datos serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Anexo VI. Consentimiento informado al centro.

Dña.....Con DNI.....

Me dirijo a usted con el objeto de solicitar su autorización para llevar a cabo desde su centro el trabajo de investigación sobre “Percepción del desempeño ocupacional en el área de actividades de la vida diaria de usuarios de pisos protegidos con trastorno mental grave: la intervención del terapeuta ocupacional”.El objetivo principal del estudio consiste en describir las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Este trabajo es realizado por Pamela Picallo Amigo bajo la tutorización de Paula Díaz y María Jesús Movilla. Forma parte de la asignatura de Trabajo Fin de Grado de la titulación de Grado en Terapia Ocupacional expedida por la Universidad de A Coruña.

Un cordial saludo,

Pamela Picallo Amigo

Anexo VII. Solicitud al Comité de Ética de la UDC.

Hoja informativa

Finalizada la segunda mitad del siglo XX, la identificación de nuevas necesidades para las personas con algún tipo de enfermedad mental, junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico, dan lugar a lo que actualmente se conoce como *modelo comunitario de atención a la enfermedad mental*, considerando la comunidad como el entorno más idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales.

La situación de cada una de estas personas es diferente: muchos de ellos están viviendo con sus familias, pero en una situación de tensión o desestructuración que hace necesario el abandono del entorno familiar; algunos viven solos, pero se encuentran en situación de precariedad y riesgo de marginación, y otros incluso se encuentran hospitalizados o viviendo en una residencia, a la espera de la alternativa residencial idónea que permita su reinserción en la comunidad.

Dentro de los recursos residenciales existentes se encuentran los pisos protegidos (o supervisados). Estos pisos constituyen un recurso comunitario en el que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica, las cuales tienen dificultades para cubrir de forma independiente sus necesidades, pero cuentan con un nivel aceptable de autonomía. Entre todos los profesionales que forman parte del equipo de atención en estos pisos, sería importante incluir al Terapeuta Ocupacional, ya que su participación puede ser de utilidad a la hora de llevar a cabo la intervención más adecuada y completa para los usuarios.

Teniendo en cuenta todo lo explicado con anterioridad, se decide llevar a cabo un trabajo de investigación cualitativa de tipo fenomenológico, cuyo objetivo describir las necesidades en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los usuarios con TMG del programa de pisos protegidos, antes de la incorporación a estas viviendas, con el fin de justificar el papel del terapeuta ocupacional en este programa.

Desempeño ocupacional en AVD de usuarios de pisos protegidos con TMG

Una vez solicitado el permiso al centro en el que se realizará el trabajo de investigación (anexo 1), se proporcionará la información necesaria a los usuarios y se solicitará su participación (anexo 2). A continuación, se realizará una entrevista semiestructurada a cada uno de los usuarios que viven en estos pisos. Esta entrevista será grabada y, posteriormente, transcrita para facilitar a la investigadora el análisis de la información y las ideas expresadas por los participantes.

Además, para reforzar la información obtenida, se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los participantes y se contará con el apoyo de las dos Terapeutas Ocupacionales del centro.

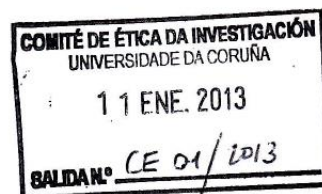
Durante todo el proceso de investigación, los datos serán tratados conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Anexo VIII. Respuesta del Comité de Ética de la UDC.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN



ACUERDO DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA



El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC), reunido en sesión ordinaria de 11 de enero 2013, y a la vista de la solicitud de informes relativos a los Trabajos Fin de Grado presentados por las estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDC: *Loreto García Alén, Leticia Moreira Souto, Pamela Laura María Pedreiras Pérez, Picallo Amigo, Ana Isabel Souto Gómez, Enma Varela Álvarez,*

Acordó por unanimidad, DECLARARSE INCOMPETENTE para evaluar los aspectos éticos de las solicitudes presentadas. Y ello con base en los siguientes argumentos:

a). Es cierto que, con arreglo a lo prescrito en el art. 4.a) del Reglamento del CE-UDC, este órgano colegiado tiene como función no sólo emitir informes respecto a Proyectos de Investigación, sino también en relación con trabajos de investigación. Pero también es cierto que, según lo ordenado por el art. 2 del propio Reglamento, el CE-UDC únicamente tiene competencias para evaluar los trabajos de investigación cuya autoría provenga de investigadores vinculados a la UDC. Y en este sentido, aun cuando pudiera llegar a estimarse que los Trabajos Fin de Grado tienen la condición de trabajos de investigación, resulta claro que su autoría no proviene de investigadores vinculados a la UDC, sino de meros estudiantes. En este mismo entendimiento, se considera que, a pesar de que los profesores que actúan como tutores son investigadores vinculados a la UDC, su misión únicamente consiste en tutelar la labor de los estudiantes y no pueden ser conceptuados ni siquiera como coautores de los Trabajos Fin de Grado que aquéllos elaboran.

b). Los Trabajos de Fin de Grado constituyen una asignatura más dentro de los planes de estudio de los Grados Universitarios y por ello, a efectos de implicaciones éticas, deben tener el mismo tratamiento que se otorga a cualquier otra de las asignaturas que componen el Grado. Por lo tanto, si el CE-UDC no evalúa las implicaciones éticas de los múltiples ejercicios prácticos que, en el seno de las diversas asignaturas, los estudiantes desarrollan a lo largo del Grado, tampoco debe entrar a juzgar los Trabajos Fin de Grado. De lo contrario, y si el CE-UDC tuviese que informar sobre los Trabajos Fin de Grado, es muy posible que también tuviera que hacerlo sobre cualquier ejercicio de cualquier otra asignatura del Grado que pudiese revestir implicaciones de carácter ético.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña, a 11 de enero de dos mil trece.

  Comité de Ética
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Fdo.: Rafael Colina Garea
Presidente del CE-UDC

Anexo IX. Hoja de registro de evolución del usuario.

**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE LA VIDA
DIARIA PARA USUARIOS DE PISOS**

FECHA:	SUPERVISOR: educadora		
USUARIO:	DEPENDIENTE	NECESITA AYUDA O SUPERVISION	INDEPENDIENTE
HACER LA CAMA			
LIMPIAR EL BAÑO			
BARRER LOS SUELOS			
FREGAR LOS SUELOS			
FREGAR LA LOZA			
LIMPIAR LA VITRO Y LA ENCIMERA			
LIMPIAR EL POLVO			
PONER LA LAVADORA			
TENDER LA ROPA			
PLANCHAR			
ASEO PERSONAL			

REVISIÓN ANUAL

EN CASO DE UNA BAJA SE HACE CON LA FECHA DE BAJA