

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA ACTIVIDAD DEL ASEO PERSONAL EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

INTERVENTION FROM OCCUPATIONAL THERAPY IN PERSONAL CARE ACTIVITY IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER

Palabras clave Grupo Terapéutico.

Keywords Therapeutic Group.

DeCS Actividades Vida Diaria, Trastornos Mentales Graves; Higiene; Actividades Cotidianas; Terapia Ocupacional; Autonomía Personal.

MeSH Activities Daily Living; Mental Disorder; Hygiene; Activities of Daily Living; Occupational Therapy; Personal Autonomy.



Autores

Dña. Marta Marín Berges

Terapeuta Ocupacional. Centro de Día Romareda. Servicio Aragonés de la Salud. Zaragoza.

E-mail de contacto: mmarinb@salud.aragon.es

Como citar este documento:

Marín Berges M. Intervención desde terapia ocupacional en la actividad del aseo personal en personas con trastorno mental grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [22 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num23/pdfs/original8.pdf>

Texto recibido: 03/03/2016

Texto aceptado: 27/04/2016

Texto publicado: 31/05/2016

Introducción

El Trastorno Mental Grave, a partir de ahora TMG, se puede definir contemplando estas tres dimensiones ¹:

Diagnóstico clínico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos), entendiendo no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

En él se incluyen las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 ²

RESUMEN

Objetivo la incorporación de hábitos de aseo personal que interfieren positivamente en el autoconcepto de la persona, proporcionándole herramientas de crecimiento personal a través de sus experiencias en el grupo de terapia.

Métodos: estudio cuantitativo que se realizó a 6 personas diagnosticadas de trastorno mental grave, a las que se les aplicó la escala LSP, (Life Skills Profile) traducida y validada en España como Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana, que consta de 5 subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto, comportamiento social no personal y vida autónoma.

Resultados: tras la ejecución del programa no hay cambios significativos debido a que las personas afectadas de trastorno mental grave no poseen una falta de desconocimiento sobre la ejecución de las actividades de la vida diaria, sino que su no realización está ligada a otros aspectos de carácter más psico-social.

Conclusión: es necesario realizar investigación cualitativa, de manera complementaria a la investigación cuantitativa, debido a la sintomatología y características de esta población. Además de utilizar los pequeños grupos terapéuticos, en los que los usuarios sean parte importante y activa en su rehabilitación. No olvidándonos de la incorporación del entorno familiar, siendo una parte importante en dicho proceso.

SUMMARY

Objective incorporating of grooming habits that interfere positively in self-concept of the person, providing tools for personal growth through their experiences in the therapy group.

Methods: quantitative study was performed to 6 people diagnosed with severe mental disorder, who were applied the LSP scale (Life Skills Profile) translated and validated in Spain as "Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana", which consists of 5 subscales: self-care, interpersonal social behaviour, communication-contact, non-personal social behaviour and independent life.

Results: after the program execution there aren't hardly significant changes because people suffering from severe mental disorder do not have a lack of awareness about the execution of activities of daily life, but its non performance is linked to other aspects more psycho-social.

Conclusion: qualitative research is needed, complementary to quantitative research because of the symptomatology and characteristics of this population. Besides using small therapeutic groups, where users are an important and active part in their rehabilitation. Not forgetting the incorporation of family environment, being an important part in this process.

Duración del trastorno: una evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas¹.

Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (Global Assessment of Functioning, APA, 1987), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar. Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones

interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo¹.

Se ha observado que las personas con TMG presentan una serie de características comunes como pueden ser una mayor vulnerabilidad al estrés; incapacidad para manejarse una manera autónoma; limitación en la interacción social con la consecuente pérdida de redes sociales y una elevada dependencia a otras personas, principalmente a su familia, servicios sociales y sanitarios; que confluye en dificultades para acceder al mundo laboral o mantenerse en él, creando un obstáculo para la integración en la sociedad creando una situación de dependencia económica e incluso pobreza y marginación³.

A todo lo anteriormente citado, que ya de por sí demuestra la gran heterogeneidad que nos vamos a encontrar en los servicios de salud mental, se deben añadir otros factores propios e individuales, que se deben tener en cuenta a lo largo del tratamiento como son la pérdida de hábitos, la aparición de hábitos no deseados (consumo excesivo de tabaco y alcohol), su personalidad, sus costumbres, su dinámica familiar y psicosocial o simplemente la forma propia de desempeñar las tareas ⁴, una singularidad anterior a la enfermedad.

Una de las áreas afectadas en las personas con TMG son las Actividades de la Vida D aria (AVD) definidas por los autores Christiansen y Hammecker⁶ como actividades de autocuidado o auto mantenimiento que facilitan la supervivencia básica y satisfacci3n con la vida en un mundo interactivo.

Este trabajo focaliza su atenci3n en las actividades de aseo personal y de indumentaria, donde más negativamente interfiere la enfermedad ^{7,8} y que además son las que tienen una relaci3n más directa con la identidad de las personas, su expresi3n y sexualidad ⁹ incidiendo sobre las relaciones sociales, y a su vez sobre la capacidad de mantenerse en una actividad compartida (Cañamares 2001) ¹⁰.

Centro de día.

El Centro de día Romareda atiende diariamente a 30 personas que participan en las actividades indicadas en la Tabla 1 de manera grupal, supervisadas por el servicio de terapia ocupacional, excepto la actividad de "buenos días".

Todos los días hay citas individuales con el servicio de psiquiatría, psicología, enfermería y terapia ocupacional.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9.00-10.00	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días	Buenos días
10.00-11.30	Debate	Estimulación cognitiva	Creatividad Asamblea	Actividades deportivas	Ocio
11.30-12.00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
12.00-13.30	Talleres: bricolaje, encuadernación	Talleres: bricolaje, encuadernación	Talleres: bricolaje, encuadernación	Talleres: bricolaje, encuadernación	Teatro
16.00-17.00		Fútbol		Huerto	

Tabla 1. Horario actividades. **Fuente:** elaboración Propia

Las actividades de la vida diaria están supervisadas y realizadas por el servicio de enfermería, con un planteamiento directivo de entrevistas usuario-profesional, una transacción cruzada del tipo padre-niño según Eric Berne ¹⁰

Desde el servicio de terapia ocupacional se implanta el grupo terapéutico de tareas ¹¹ enfocado el aseo personal y la indumentaria, cuyo objetivo principal es el cambio individual ¹² debido a que proporciona apoyo en la práctica de las habilidades sociales, estimula la exploración de las ideas y sentimientos, facilita el aprendizaje de los contenidos, sirve como verificación de los cambios significativos y proporciona las bases de la motivación ^{13, 14}. Es una práctica centrada en la persona, cuyas evidencias científicas fueron revisadas por Law ¹² quedando patente los muchos beneficios que aportaban, destacando el aumento en la adhesión al tratamiento, mejoras funcionales y satisfacción con los servicios. Sus características principales, tomadas de Deegan (1996), Dickerson (1998) y Law (1998) ¹²:

- Los servicios están dirigidos a lo que la persona desea y necesita en su vida.
- El terapeuta ocupacional proporciona información sobre todas las opciones posibles, sus ventajas y desventajas.
- La persona es el que toma las decisiones finales.
- Se valora su experiencia en todos los aspectos del proceso.
- Se permite cometer errores.
- Se estimula a emitir opiniones, ofrecer retroalimentación y proporcionar evaluaciones.

- Se consideran beneficiosas y esenciales todas las aportaciones.

Es decir, queremos pasar de la transacción cruzada padre-niño a una transacción en paralelo adulto-adulto ¹⁰.

MÉTODOS

Objetivo general

- La incorporación de hábitos de aseo personal que interfieran positivamente en el autoconcepto de la persona, proporcionándole herramientas de crecimiento personal a través de sus experiencias en el grupo de terapia.

Objetivos específicos

- Valorar las necesidades del centro de día.
- Potenciar el compromiso en el programa.
- Recuperar o mejorar los hábitos de aseo personal facilitando su rutina.
- Recuperar o mejorar los roles que van implícitos a ellos (pareja, hijo, trabajador,..).
- Potenciar el cuidado y apariencia externa mostrando la importancia que tiene en la sociedad.
- Fortalecer la confianza personal y autoestima a través de la toma de decisiones.
- Disminuir la ansiedad y apatía en la toma de decisiones.
- Favorecer la responsabilidad del paciente en el proceso de rehabilitación.
- Incrementar la motivación intrínseca de la persona que facilitará el mantenimiento de los hábitos aprendidos.

Se trata de una investigación cuantitativa, y el tipo de estudio es observacional analítico.

El programa de aseo personal en TMG, se divide en 4 fases:

- Fase 1: Evaluación de las necesidades del centro de día.

En las reuniones de equipo se observa la necesidad de trabajar las actividades de la vida diaria, principalmente el aseo personal y la indumentaria, ya que afecta de manera negativa a las relaciones sociales que se promueven desde el servicio.

Duración: 1 mes.

- Fase 2: Planificación del programa.

Criterios de inclusión y exclusión: el criterio inicial para poder participar es la necesidad del mismo excluyéndose a las personas que no participan en las actividades del centro, que posean gran deterioro cognitivo y/o que no quieran participar en el mismo.

Una vez se han decidido los participantes, se les explicará en qué consiste la actividad y se les dará el consentimiento informado para que lo firmen una vez resueltas sus dudas.

Dicho consentimiento incluye:

- Explicación del taller y la razón del mismo.
- Declarar que su participación es voluntaria y la negativa a continuar no tendrá ninguna recriminación ni consecuencia negativa desde la institución y/o profesional.
- Compromiso por parte del terapeuta de mantener la confidencialidad.
- Firma de los participantes.

Tanto el diseño como la elaboración de esta investigación, ha respetado la confidencialidad y anonimato de sus participantes, tomando la Ley Orgánica 15/ 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Temporalización del programa:

- De manera grupal una sesión semanal (lunes) de una hora de duración.
- De manera individual, mínimo tres veces, una al comienzo, al finalizar y

en el intermedio.

Estructura:

- Inicio: se hablara de lo trabajado durante la semana; que se ha hecho y que no; las dificultades que han aparecido y sus posibles causas.

- Nudo: se hablará del tema correspondiente a esa sesión, en el que los componentes del grupo irán leyendo el PowerPoint y donde se permiten todo tipo de ideas, sugerencias o comentarios.

- Cierre: cada uno decidirá sus objetivos semanales.

Elaboración del material: se realizan diferentes PowerPoint que servirán de guía durante las sesiones grupales.

La actividad es realizada y supervisada desde el servicio de terapia ocupacional.

Duración: 1 mes.

- Fase 3: Implantación del programa.

Se efectúan 18 sesiones grupales que se pueden observar en la tabla.

En mitad del mismo se realizará una entrevista individual.

SESIÓN	TEMA A TRATAR
1	Presentación del taller.
2	Presentación de los componentes del grupo.
3	Autoestima y autocuidado.
4	Necesidades individuales.
5	La ducha y el cuidado del pelo.
6	Nuestra piel.
7	Cuidado de las manos, pies y uñas.
8	Higiene bucal.
9	Fosas nasales y orejas.
10	Afeitado y depilación.
11	Maquillaje.
12	Dinámica.
13	Higiene íntima.
14	Repaso de lo anterior.
15	Vestimenta.
16	Limpiar, planchar y almacenar ropa.
17	Dinámica.
18	Fin del taller.

Tabla 2. Cronograma del programa. **Fuente:** elaboración Propia

Duración: 5 meses

- Fase 4: Evaluación de los resultados.

Se efectúa una entrevista individual para constatar objetivamente los avances que ha efectuado cada persona, completando tanto el cronograma como la escala LSP.

Se darán a conocer al resto del equipo del centro de día, expresando avances y resistencias al cambio.

De manera grupal se pondrá en común todo lo aprendido, las aportaciones tanto negativas como positivas que han tenido para ellos este programa.

Duración: 2 semanas.

Evaluación

En la evaluación inicial se efectúan entrevistas individuales para completar un cronograma semanal que indique la manera en la que ocupan su tiempo la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana de Rosen y cols.¹⁵ (anexo 1). Ha sido traducida y validada con población española con patología psicótica activa y residual por Bulbena Vilarrasa y colaboradores^{16, 17, 18}. En ella se valora el nivel de funcionamiento de las personas con TMG, consta de 39 ítems que se agrupan en 5 subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto, comportamiento social no personal y vida autónoma¹⁸.

El grupo terapéutico de tareas está formado por 6 usuarios del Centro de Día Romareda con un diagnóstico que se incluiría dentro TMG, cuatro hombres y dos mujeres, con un rango de edad de 42 a 58 años.

Participante 1	<p>Varón de 48 años de edad. Diagnóstico de depresión post-esquizofrénica. Tratamiento psiquiátrico desde los 8 años. Antecedentes familiares de enfermedad mental. Vive con su hermana quien se ocupa de todas las tareas del hogar y del cuidado del usuario. Se caracteriza por un predominio de apatía, cuadro amotivacional, aislamiento, incapacidad para realizar actividades. Incapacidad laboral permanente.</p>
Participante 2	<p>Mujer de 57 años de edad. Diagnóstico de trastorno bipolar con predominio depresivo de más de 24 años de evolución (post-parto). Ama de casa, casada y con una hija aunque ya no vive en el domicilio familiar. Considera que sus problemas tienen una base orgánica. Asocia sus dificultades a la medicación y la enfermedad (locus de control externo).</p>
Usuario 3	<p>Varón de 58 años de edad. Diagnóstico de trastorno psicótico crónico, apareciendo los primeros síntomas a los 23 años. Antecedentes familiares de enfermedad mental (3 de 5 hermanos con diagnóstico psiquiátrico). Desde los 6 años ha estado internado en diferentes dispositivos debido a la imposibilidad familiar del criado de la familia. Actualmente incapacidad laboral permanente. Vive solo realizando las actividades del hogar de manera eficiente y adecuada con la mínima ayuda domiciliar de dos horas semanales de una auxiliar de limpieza.</p>
Usuario 4	<p>Mujer de 47 años de edad. Diagnóstico de trastorno de la personalidad Cluster A y trastorno ideas delirantes con comienzo a los 32 años tras el parto de su segunda hija. Viuda con dos hijas viviendo las tres en el domicilio familiar. Recibe ayuda de sus padres y hermana para la organización de la casa. Actualmente hay una incapacidad laboral y una readquisición de sus roles de madre y ama de casa.</p>
Usuario 5	<p>Varón de 42 años. Diagnóstico de trastorno mixto de la personalidad, trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada. Vive con sus padres mayores quienes realizan la mayoría de las actividades del hogar. Sentimientos constantes de negatividad, frustración, envidia, duelo e incapacidad para verbalizar sentimientos o necesidades. Locus de control externo (enfermedad). Incapacidad laboral.</p>
Usuario 6	<p>Varón de 47 años de edad. Diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Actualmente es el cuidador principal de su madre con demencia con la que vive, sin recibir ayuda de los servicios sociales ni de sus hermanos lo que provoca una situación de sobrecarga. Asocia la higiene a salir de fiesta, trabajar o tener una pareja. Incapacidad laboral.</p>

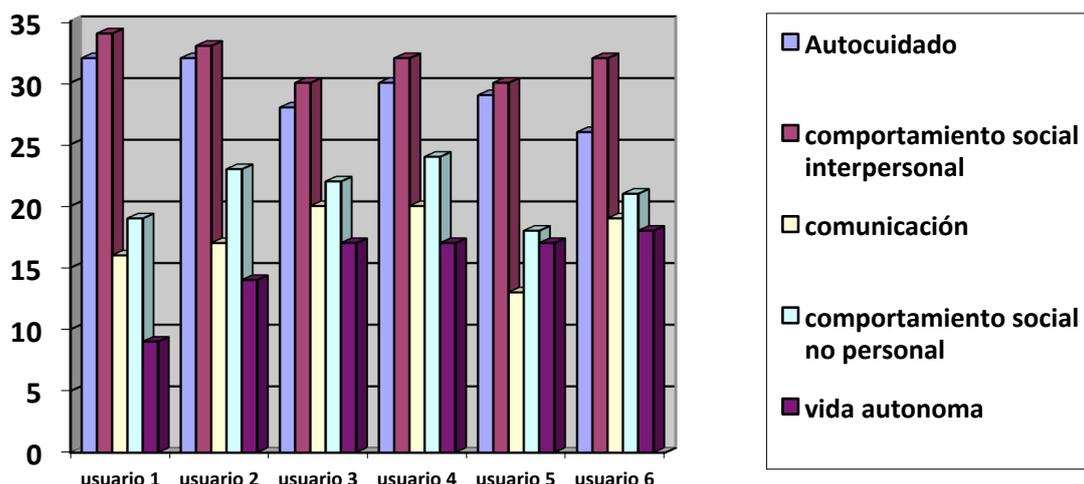
Tabla 3. Perfil participantes. **Fuente:** elaboración Propia

Tras la entrevista inicial, las conclusiones principales son:

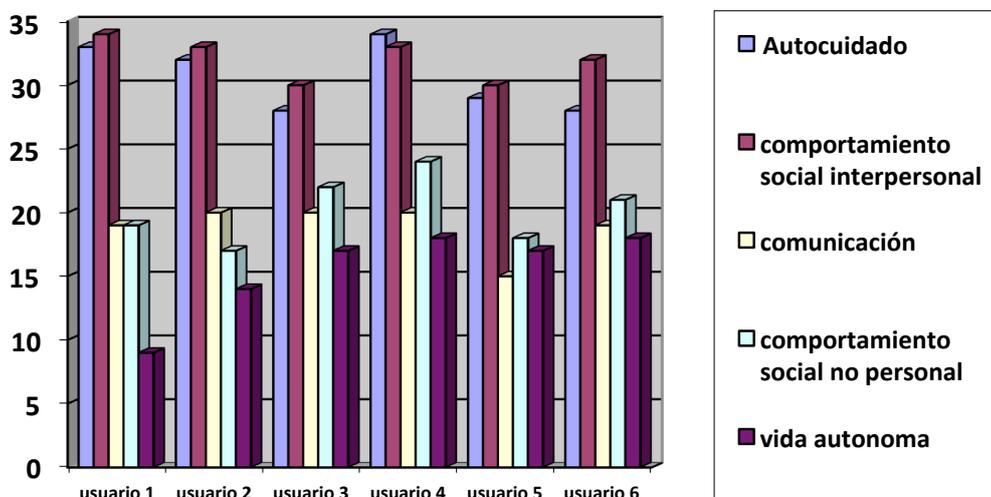
- El centro de día aporta una rutina diaria.
 - El tiempo libre es utilizado durmiendo en la cama o el sofá.
 - Las áreas más afectadas, como se ha constatado a través de la bibliografía, son el aseo o higiene corporal y la indumentaria.
 - Hay una falta de vergüenza o pudor al hablar sobre la deficiente higiene.
 - Refieren que el centro facilita esta falta de higiene ya que apenas se incide en ello y todos sus compañeros tienen la misma apariencia.
 - En cuanto a la frecuencia, la ducha suele efectuarse una vez a la semana al igual que el cambio de ropa interior en los hombres, no usan desodorante o cremas, no le dan importancia a la higiene dental, el afeitado o depilación ni al tamaño de sus uñas.
 - Usan la misma ropa durante la semana, aunque hayan hecho algún tipo de ejercicio físico o esfuerzo, suele ser de colores oscuros que evita la visión de manchas y telas que no sea necesario planchar.
- Cabe destacar la percepción sensitiva errónea que tienen, justificando muchas de las actitudes anteriores debido a que no huelen ni sudan.

RESULTADOS

Los resultados de la escala LSP, tanto al comienzo como al final de la realización del programa, no hay diferencias destacables, como se observa en el gráfico 1 y 2, debido a que las deficiencias en el tema del aseo personal no es la no ejecución de las mismas sino la frecuencia, Es necesario desgranarlas.

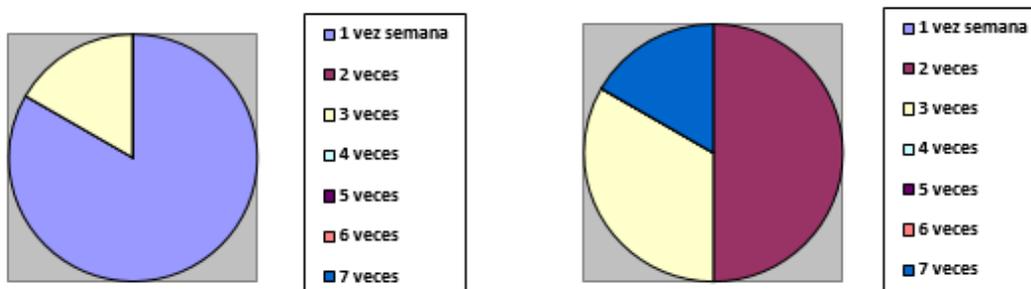


Gráfica 1. Evaluación LSP inicial Fuente: elaboración Propia



Gráfica 2. Evaluación LSP final Fuente: elaboración Propia

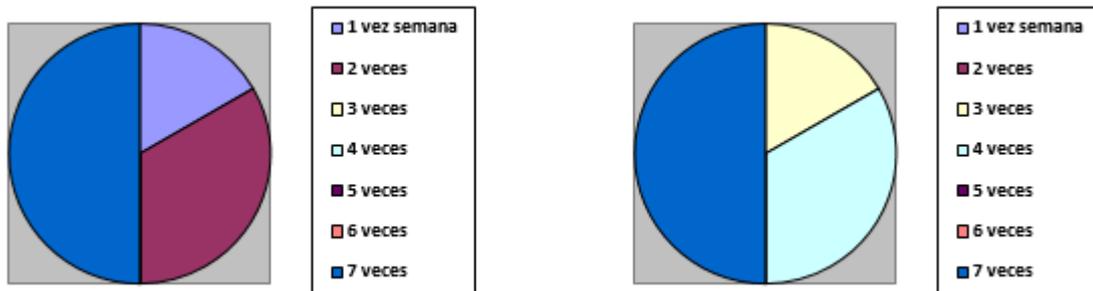
Ducha



Gráfica 3-4. Evaluación inicial y final Fuente: elaboración Propia

En el 100% de los casos ha aumentado la frecuencia en la ducha, consiguiendo un caso el éxito de realizarla todos los días.

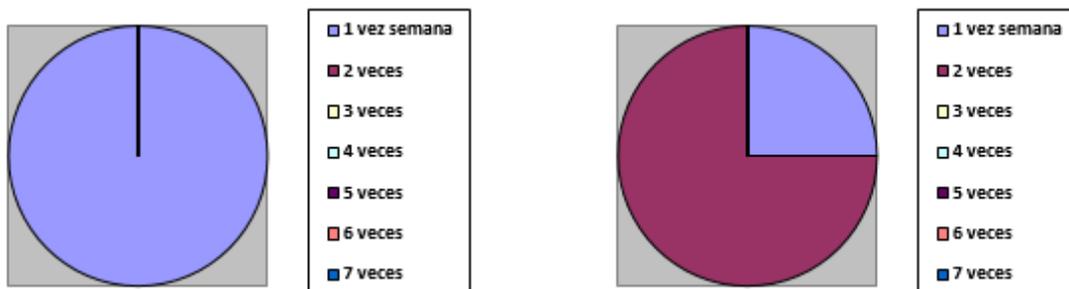
Cambio ropa interior



Gráfica 5-6. Evaluación inicial y final **Fuente:** elaboración Propia

Las mujeres lo efectuaban con una frecuencia correcta. En el 100% de los casos ha aumentado la frecuencia, pero sin llegar a la frecuencia deseada de todos los días.

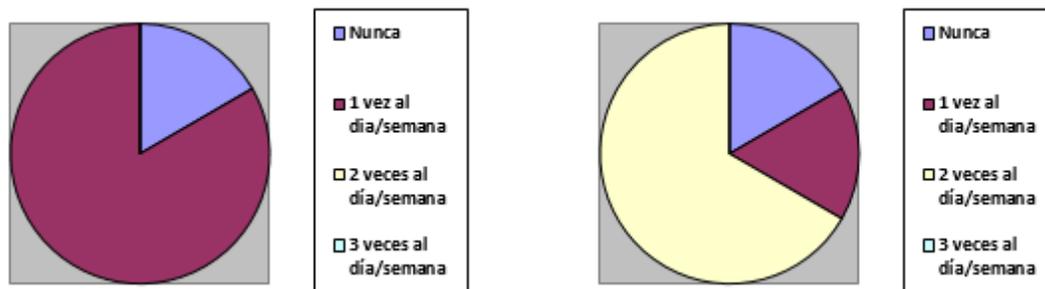
Afeitado.



Gráfica 7-8. Evaluación inicial y final **Fuente:** elaboración Propia I

En el 75% de los casos ha habido una duplicación en la frecuencia de afeitado, manteniéndose inalterable en el 25% restante.

Higiene bucal



Gráfica 9-10. Evaluación inicial y final **Fuente:** elaboración Propia

No ha habido modificación en la frecuencia de la higiene bucal en 2 casos, sin conseguir el éxito de tres veces al día todos los días en ninguno de los casos. Hay otros datos que son necesarios destacar, pero que no se pueden valorar de manera cuantitativa, ya sea por su falta de valor nominal o porque están en proceso de cambio.

- Las mujeres están introduciendo el uso de cremas, desodorante, colonia y la importancia de la depilación.
- Se muestra un cambio en cuanto al tipo de ropa que utilizan, más femenina, y a la importancia que le dan a la misma.
- Todos ellos colaboran de manera más activa en las actividades del hogar y reservan diferentes horas del día tanto para realizar esta actividad como para su autocuidado.
- Han eliminado horas de sueño tanto en la siesta como por la noche.
- Se observa adhesión al tratamiento reflejado tanto en su asistencia como en la puntualidad, que ha ido mejorando a lo largo del proceso.
- Aumento de la motivación, autodefiniendo objetivos individuales de manera semanal con una posterior consecución de los mismos.
- Las dos mujeres tienen mayor número de actividades de ocio y tiempo libre fuera de sus casas y el centro.

Futuro

Debido a los cambios observados en los participantes a la actividad, desde la coordinación del centro de día, se ha observado la necesidad e implantación del programa en otras personas; además de continuar con el primer grupo y tener una reunión con las familias.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se confirma la importancia de trabajar en pequeños grupos de tarea en el ámbito de la higiene y autocuidado más básico, facilitando incidir en los aspectos más íntimos y privados, sobre todo en personas con trastorno mental grave.

Muestra la relevancia y necesidad de trabajar las actividades básicas de la vida diaria desde terapia ocupacional, ya que es parte de nuestro currículo académico y que en el caso del ámbito de la salud mental es efectuado por otros profesionales, como es el caso del centro de trabajo en el que se efectuó el estudio.

Volviendo a los resultados de la valoración, debido a la lentitud en el proceso de rehabilitación, apenas muestran cambios significativos, aunque hay aspectos importantes, que reflejan la importancia de poseer varios roles activos, y no únicamente el de "paciente":

- Las mujeres se muestran más receptivas a los cambios propuestos, disfrutando y participando de manera más activa en el proceso. En sus casas son las que poseen más obligaciones con respecto a terceras personas ya que son madres y/o esposas.
- Los hombres, culturalmente no han sido "enseñados" para desempeñar las actividades del hogar, e incluso su propio autocuidado. Desempeñan un rol más pasivo en todas las áreas de su vida, siendo receptores de los cuidados de terceros.

CONCLUSIONES

A través de la realización del trabajo y el apoyo de la bibliografía cabe destacar:

- La dificultad de encontrar escalas de valoraciones específicas en el ámbito de la salud mental, validadas para la población española y específica para el trabajo en terapia ocupacional ⁸.
- Destacar la importancia y necesidad que tienen las actividades básicas de la vida diaria en general, y el aseo personal en el ámbito de la salud mental, ya que son un indicativo de salud e integración en la comunidad, pudiendo ayudar en la eliminación del estigma ^{8,9, 19}.
- Unido al tema anterior, la lentitud en el proceso de rehabilitación en salud mental puede favorecer conductas negativas tanto en el enfermo como en los profesionales, que ante los problemas que surgen por la deficiente higiene personal mantenemos una conducta de una aparente falta de atención ¹⁹, con la consecuencia constatada de que los nuevos ingresos van perdiendo dichas capacidades por el laissez faire de la mayoría, la normalización de lo anormal.
- La importancia de trabajar en pequeños grupos de tareas, en el que se observa una evolución, siguiendo los estadios de A. Mosey, comenzando en el primer nivel o grupo en paralelo, y terminando en el penúltimo o grupo cooperativo ²⁰. Observándose grandes resultados en el tratamiento individual a través de lo grupal ¹².
- Las diferentes propuestas centradas en el cliente, entendiendo cliente no con un concepto puramente mercantil, sino de pasar de un concepto de paciente (pasivo, receptor de servicios y cuidado) a un cliente con sus derechos y obligaciones, capaz de tomar decisiones. Centrándonos en el proceso de proporcionarle habilidades que le ayuden a ser dueño de sus actos, a un empoderamiento, capacitación o autodeterminación ^{12, 21, 22,23}.

Limitaciones:

- La necesidad de implicar de manera activa a la familia, ya que la gran mayoría de los usuarios viven con ellos. Es necesario proporcionarles apoyo,

información, educación y asesoramiento desde el servicio de terapia ocupacional para conseguir una mejoría en la convivencia y en la salud biopsicosocial de todos los miembros de la familia, no sólo el enfermo, convirtiéndolos en agentes activos de la rehabilitación ⁹. Esto a su vez, va unido a la necesidad de trabajar en el entorno real de la persona que debería ser introducido en una quinta fase del programa.

- La dificultad para cuantificar los resultados, siendo importante el análisis cualitativo.
- Debido al número de integrantes no es posible valorar las diferencias que se observan a simple vista en cuanto al sexo u otras características (vive solo o acompañado, tiene a alguna persona a su cargo o no, entre otras), siendo necesario implantar el programa con todos los usuarios del centro de día, adaptándolo según necesidades y nivel de autocuidado.

AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a mi compañera Ana, de la que constantemente aprendo, a todos mis compañeros de trabajo que se han preocupado por el proyecto y sobre todo, a los seis integrantes del grupo, por permitirme entrar en una parte muy íntima de su vida.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2015.
3. Gisbert C. coordinador. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002.
4. Abad A, Rincón M. Evaluación del Funcionamiento Ocupacional, Rehabilitación Psicosocial. FEARP. 2009; 6 (1-2): 135-6.
5. American Occupational Therapy Association. The Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 3rd ed. Am J Occup Ther; 2014; 68 Suppl 1: 19.
6. Abad Fernández A, García Romo A. Capítulo 6, Autocuidados de actividades básicas de la vida diaria. En: González Cases J C, Rodríguez González A. coordinador. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención. Madrid: Conserjería de Servicios Sociales; 2002. 99-102.
7. Sánchez Rodríguez O, Polonio López B, Pellegrini Spangenberg M. Terapia ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. Madrid: Médica Panamericana; 2013. 33-4, 135-54.
8. Moruno Miralles P, Romero Ayuso D M. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson; 2005. 1-22.
9. Gisbert Aguilar C. coordinador. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno Mental Severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
10. Gómez Tolón J. Habilidades y destrezas en terapia ocupacional. Zaragoza: Mira; 2000.
11. Lloyd C, Williams P L. Occupational therapy in the modern adult acute mental health setting: a review of current practice. Int J Ther Rehabil, 2010; 17 (9): 436-41.
12. Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Willard & Spackman. Terapia ocupacional. 11ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
13. Tiago Cirineu C, Inocenti Miasso A, Baltazar Assad F, Jorge Pedrão L. Contribuição de grupos de atividades de terapia ocupacional na evolução de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária usuárias de clozapina. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2013;24(3): 191-8.
14. Tari García A, Ferrer C, Pérez Pascual M. Sobre los grupos y la Rehabilitación. Rev Asoc Madrid Rehab. 2003; 9 (15-16): 63-6.
15. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. Schizophr B. 15: 325-337.
16. Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Domínguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Actas Esp Neurol Psiquiatr. 1992; 20(2): 51-60.
17. Burgués V, Fernández A, Jutonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20) un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. Actas Esp Psiquiatr, 2007; 35 (2) : 79-88.
18. Casas E, Escandell M J, Ribas M, Ochoa S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Rev Asoc Esp de Neuropsiq. 2010; (105): 25-47.
19. López Villalta M C, Moreno Jiménez J, Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con Trastorno Mental Grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. [consultado el 11-12-2014] Rev Int Psic. 2009; 13 (2). Disponible en:

-
- <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/673/>
20. Johannessen J O, Martindale B V, Cullberg J. Evolución de las psicosis. Barcelona: Herder; 2008.
 21. Linhorst D M, Hamilton G, Young E, Eckert A. Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. Soc Work. 2002. 47 (4): 425-34.
 22. Verdugo M A, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes Salud mental. [Consultado el 10-12-2014]. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. 2002, volumen 25 n° 4. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242507>
 23. Olson L M. Self-Determination and Mental Illness. [Consultado el 10-12-2014]. The American Occupational Therapy Association. March 2012 volumen 35, nª 1. disponible en www.aota.org/-/.../MentalHealth/Focus-On-Mental-Health-Booklet.pdf

ANEXOS

Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana, life Skill profile (LSP).

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)	8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterado o desordenadamente)?(C)
Ninguna dificultad.	Ninguna dificultad
Ligera dificultad	Ligeramente difícil
Moderada dificultad	Moderadamente difícil
Extrema dificultad	Extremadamente difícil
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)	9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)
No interrumpe en absoluto	En absoluto
Ligeramente intrusivo	Ligeramente
Moderadamente intrusivo	Moderadamente
Extremadamente intrusivo	Extremadamente
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)	10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)
No se aísla en absoluto	Bien presentado
Ligeramente aislado	Moderadamente bien presentado.
Moderadamente aislado	Pobrementemente presentado
Totalmente (o casi) aislado	Muy pobrementemente presentado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)	11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)
Considerablemente cordial	Intachable o apropiada
Moderadamente cordial	Ligeramente inapropiada
Ligeramente cordial	Moderadamente inapropiada
Nada cordial en absoluto	Extremadamente inapropiada
5. ¿Suele estar normalmente enfadado o ser puntilloso con otras personas?(CSI)	12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)
En absoluto	Generalmente
Moderadamente	Ocasionalmente
Ligeramente	Raramente
Extremadamente	Nunca
6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)	13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)
No se ofende	En absoluto
Algo rápido en enfadarse	Moderadamente
Bastante presto a enfadarse	Ligeramente
Extremadamente presto a enfadarse.	Mucho
7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)	14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)
Contacto visual adecuado	Mantiene limpieza de la ropa
Ligeramente reducido	Moderada limpieza
Moderadamente reducido	Pobre limpieza de la ropa
Extremadamente reducido	Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)	22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)
En absoluto	<input type="checkbox"/> Frecuentemente
Ligeramente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Moderadamente	<input type="checkbox"/> Raramente
Extremadamente	<input type="checkbox"/> Nunca
16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (A)	23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)
Sin problemas	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de prepararse comida
Ligeros problemas	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderados problemas	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
Graves problemas	<input type="checkbox"/> Incapaz de prepararse comida
17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)	24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)
Muy confiable	<input type="checkbox"/> Bastante capaz de hacerlo
Ligeramente no confiable	<input type="checkbox"/> Ligeras limitaciones
Moderadamente no confiable	<input type="checkbox"/> Moderadas limitaciones
No confiable	<input type="checkbox"/> Incapaz totalmente
18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)	25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)
Siempre	<input type="checkbox"/> Sin problemas
Normalmente	<input type="checkbox"/> Ligeros problemas
Raramente	<input type="checkbox"/> Moderados problemas
Nunca	<input type="checkbox"/> Graves problemas
19. Cooperar esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud?(A)	26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)
Siempre	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
Normalmente	<input type="checkbox"/> Capaz de trabajo a tiempo parcial
Raramente	<input type="checkbox"/> Capaz solamente de trabajos protegidos
Nunca	<input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar
20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)	27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)
Apropiadamente activo	<input type="checkbox"/> En absoluto
Ligeramente inactivo	<input type="checkbox"/> Raramente
Moderadamente inactivo	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Extremadamente inactivo	<input type="checkbox"/> A menudo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)	28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)
Participación considerable.	<input type="checkbox"/> En absoluto
Moderada participación	<input type="checkbox"/> Raramente
Alguna participación	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
No participa en absoluto	<input type="checkbox"/> A menudo
29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)	32. ¿Se autolesiona?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada?(A)	33. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
31. ¿Suele perder propiedades personales?(CSNP)	34. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?(CSNP)	35. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> En absoluto
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A menudo
33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?(CSNP)	36. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)
<input type="checkbox"/> En absoluto	<input type="checkbox"/> Capaz de hacer amistades fácilmente
<input type="checkbox"/> Raramente	<input type="checkbox"/> Lo hace con cierta dificultad
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Lo hace con dificultad considerable
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Incapaz hacer o mantener amistades
34. ¿Es violento con otros?(CSI)	
<input type="checkbox"/> En absoluto	
<input type="checkbox"/> Raramente	
<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
<input type="checkbox"/> A menudo	

SUBESCALAS	PUNTOS
Autocuidado	
Comportamiento social interpersonal	
Comunicación – contacto social	
Comportamiento social no personal	
Vida autónoma	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 1. Escala LSP **Fuente:** Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI (1992).