

Intervención centrada en la persona, basada en la ocupación. A propósito de María.

Person-centred, occupation-based intervention. About Maria.

Raquel Plata. Terapeuta ocupacional.

Hospital de día de Basauri (RSMB, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza).

Resumen: La ocupación, parte esencial del ser humano, es considerada un factor importante en la recuperación de personas con Trastorno Mental Grave (TMG). En este artículo se expone la práctica centrada en la ocupación, sus características generales y parte de la investigación que existe sobre ella. De igual manera, se describe la intervención centrada en el cliente o en la persona. Ambos enfoques se encuentran estrechamente relacionados con los pilares básicos de la terapia ocupacional. Y en la parte final del artículo se describe un caso, María, que sirve para ilustrar la puesta en práctica y sinergia de estos dos enfoques.

Palabras clave: Práctica centrada en la persona, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial, Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional.

Abstract: Occupation, an essential part of the human being, is considered to be an important factor in the recovery of people with Severe Mental Disorder (SMD). This article describes the occupation-based practice, its general characteristics and part of the research that has been carried out regarding occupational therapy. Likewise, it highlights the client-centred therapy. Both approaches are related to the basic principles of occupational therapy. Finally, the article shows a case of a client called Maria, where the two approaches are put into practice and shown to work well together.

Key words: Client-centred practice, occupational therapy, psychosocial rehabilitation, Canadian Occupational Performance Measure.

Introducción

El entendimiento y uso de la ocupación como factor importante de la salud y como tratamiento para la enfermedad mental tiene una larga historia. Parte esencial en el ser humano desde sus comienzos, es considerada una de las áreas principales en la recuperación de personas con trastorno mental grave⁽¹⁻⁷⁾.

Décadas de estudio y experiencia, y la proliferación de investigaciones al respecto desde diferentes ámbitos, especialmente desde la Ciencia de la Ocupación y la Terapia Ocupacional, muestran la importancia que ésta tiene en el desarrollo humano⁽⁷⁾.

Ocupación es el término que se usa para describir todas las cosas que la gente hace en su vida diaria, incluyendo el cuidado de sí mismo y de otros, trabajar, aprender, jugar, crear, interactuar con los otros. Es central en la existencia de los individuos, de los grupos y de las comunidades. Es el mecanismo por el cual las personas se mantienen en el mundo y desarrollan sus potenciales. A través de lo que hacemos, las personas desarrollamos habilidades, ejercitamos capacidades, interactuamos con otros, y nos adaptamos a las circunstancias y a los diferentes requerimientos del ambiente. Mediante la ocupación expresamos quiénes somos, ante los demás y ante nosotros mismos⁽⁸⁾.

El hecho de que una persona participe en ocupaciones significativas, se desempeñe en actividades de autocuidado, productivas, educativas, lúdicas o de ocio, además de la preservación de capacidades, facilita su integración en la comunidad, la inclusión social y la participación como ciudadano, favoreciendo los vínculos sociales y culturales; contribuye a la construcción de su propia identidad, y promueve su desarrollo y sensación de bienestar^(1, 7-11).

El que las personas mantengan una rutina ocupacional satisfactoria con significado y valor para ellas mismas, estructura el tiempo y crea sensación de propósito y dirección en la vida⁽⁸⁾. Tal como Wilcock expresa⁽⁷⁾, el significado, el propósito y la libertad de elección son conceptos fundamentales para el valor intrínseco, la calidad de vida y el bienestar.

Podemos decir, en definitiva, que el hecho de participar en ocupaciones significativas y de contribuir en la comunidad favorece el bienestar y, por ende, la calidad de vida y la salud de las personas^(1, 7, 8, 12-14).

Papel de la ocupación en el proceso de recuperación

Si una persona es privada de actividad, por la razón que sea (enfermedad, contexto social, pobreza...), su salud física y psicológica pueden verse afectadas. Son diversos los estudios que se han centrado en la importancia de la participación de personas con enfermedad mental en ocupaciones diarias, especialmente las percibidas como significativas, estableciendo su relación con la construcción de la identidad personal y social, con la sensación de bienestar, el sentimiento de normalidad, de logro y responsabilidad, la estructuración del tiempo, la creación de rutinas, y la conexión con los demás^(10, 15-20).

En muchas ocasiones encontramos que el estilo de vida de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), especialmente con esquizofrenia, está generalmente dominado por un bajo nivel de ocupaciones diarias significativas, por un déficit persistente en múltiples áreas (trabajo, vida independiente, participación en actividades comunitarias, funcionamiento interpersonal)^(4, 6, 21), y por el empleo de gran parte del tiempo en actividades de ocio pasivas y/o de descanso^(18, 20). Esto puede

asociarse con un pobre equilibrio ocupacional, baja sensación de bienestar y calidad de vida⁽¹⁸⁾, y un empeoramiento de su enfermedad mental⁽²²⁾. En la denominada rehabilitación psicosocial existe suficiente evidencia sobre la importancia del uso de la ocupación y el desempeño en actividades diarias como eje organizativo para el proceso de recuperación^(3, 23).

Es necesaria, por tanto, una intervención enfocada a ayudarles a desarrollar ocupaciones significativas^(10, 15, 20), conocer lo que las personas con enfermedad mental perciben como importante y con sentido en sus vidas, especialmente para entender sus prioridades e identificar los factores de importancia para su recuperación⁽⁷⁾ y, en este contexto, contemplar la influencia que el desempeño ocupacional significativo tiene.

Centrándonos en la perspectiva de la ocupación como método de tratamiento e intervención, ésta puede enfocarse desde diversas modalidades; como fin en sí misma, como medio para el desarrollo y recuperación, como agente para la salud y la prevención de la enfermedad⁽¹⁾. Estas modalidades se llevan a cabo mediante el uso de diferentes técnicas, métodos y dinámicas.

Aunque aún se requiere de mayor investigación que apoye la evidencia de la efectividad de programas centrados en la ocupación, las publicaciones realizadas hasta la fecha, y la experiencia de varias décadas, muestra que éste es un área importante en la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Algunos de los estudios más recientes así lo apoyan. Cardoso et al.⁽²³⁾ realizaron un estudio controlado y randomizado con 26 personas con esquizofrenia refractaria a tratamiento antipsicótico en un programa ambulatorio. En él combinaron el tratamiento farmacológico con un programa de terapia ocupacional (grupal e individualizado) durante una duración de 6 meses. Los resultados obtenidos, aunque no concluyentes por la escasez de este tipo de investigaciones y el tamaño de la muestra, evidenciaron su efectividad sobre el desempeño ocupacional y las relaciones interpersonales, en especial a partir del 4^º mes.

Legault y Rebeiro⁽²⁴⁾, mediante un estudio cualitativo de caso único, concluyeron que a través

de la posibilidad de elección y oportunidad para participar en ocupaciones significativas, personas con esquizofrenia mejoraban la sensación de bienestar, el sentido de logro personal, y reducían sustancialmente las limitaciones percibidas para la participación.

Goldberg et al.⁽²⁵⁾ realizaron un estudio con 32 personas atendidas en programas de salud mental comunitaria, y encontraron correlación entre el desempeño en ocupaciones significativas con una mayor calidad de vida y satisfacción.

Dunn et al.⁽¹⁷⁾ analizaron la percepción que 23 personas con TMG tenían sobre el trabajo y los efectos en su recuperación; describieron diversos beneficios, en especial, el trabajo como significado personal y como promotor de la recuperación.

Estos estudios representan una muestra de la presencia que tiene la ocupación como factor importante en la recuperación de personas con trastorno mental grave que, unido con la experiencia diaria, nos encamina hacia un campo con cada vez mayor evidencia científica, animándonos a continuar explorando esta vía.

Terapia ocupacional centrada en la persona¹

La promoción de la salud, concepto que emergió en los años 80, sentó los fundamentos por los cuales los usuarios deben ser involucrados en los sistemas sanitarios y responsables de su propia salud. La OMS lo definió como el proceso por el cual las personas aumentan el control y la mejora de su salud.

El reconocimiento de la importancia de estos conceptos ha facilitado la integración de diferentes programas dirigidos a la concienciación y al mayor conocimiento de la población. A partir de la década de los 90 surgen los grupos de usuarios y de autoayuda, fuera de los entornos profesionales. Los derechos del consumidor, los derechos humanos y la revolución tecnológica también han contribuido al desarrollo de perspectivas como la práctica centrada en el cliente⁽²⁶⁾. Y a esto hay que añadir la influencia que

la OMS está ejerciendo en las políticas y programas de salud mental actuales promoviendo la necesidad de tener en cuenta las preferencias, necesidades, intereses y capacidades de la persona^(27, 28). Existe, por tanto, un progreso de las prácticas sanitarias hacia enfoques que involucran al paciente y promueven la autodeterminación. Según Farkas⁽²⁹⁾, la rehabilitación psiquiátrica debe basarse en la elección, la relación de asociación terapeuta-paciente, y la recuperación.

El enfoque centrado en la persona ha sido descrito por diversos autores, y enmarcado en diferentes disciplinas. Uno de los pioneros fue Carl Roger, quien propuso el reconocimiento de los valores culturales únicos de cada persona. Según él, el rol del terapeuta es el de facilitador en la resolución de problemas mediante una terapia no directiva⁽³⁰⁾.

Engranándolo con la ocupación, los valores y creencias de la terapia ocupacional apoyan un enfoque centrado en la persona, enfatizando siempre su responsabilidad y participación activa a lo largo del proceso terapéutico. Facilita el empoderamiento y la conexión con la sociedad como parte de un plan individual de recuperación⁽³¹⁾.

Si ahondamos además en los diferentes modelos teóricos que guían el proceso de recuperación desde la terapia ocupacional, podemos encontrar conceptos comunes muy relacionados con esta práctica, como es el respeto por las elecciones que la persona y su familia hace, el énfasis en la comunicación centrada en la persona, la provisión de información, aceptación de la responsabilidad última por parte del usuario y las familias en la toma de decisiones sobre sus ocupaciones diarias, facilitación de la participación, prestación de servicios flexibles e individualizados, promoción de la resolución de problemas e importancia de la relación persona-entorno-ocupación^(30, 32).

Según Sumsion, el enfoque de terapia ocupacional centrada en la persona se basa en una relación entre el terapeuta y el usuario, donde es este último a quien se responsabiliza para que se ocupe de su desempeño funcional y realice sus roles ocupacionales en una variedad de entornos. La persona participa activamente en el establecimiento de objetivos, que son dotados

¹ Se ha utilizado el término *práctica centrada en la persona*, aunque en la mayoría de los documentos consultados aparece como *centrada en el cliente* (en inglés *client-centred practice*).

de prioridad, hallándose en el centro de la evaluación y la intervención. A lo largo del proceso el terapeuta escucha y respeta sus necesidades, y le ayuda a tomar decisiones, siempre previamente informadas⁽²⁶⁾. Es necesaria la construcción de una alianza terapéutica como eje del proceso de intervención, donde el terapeuta está disponible para ayudarlo guiando, asistiendo o facilitándole la participación⁽²⁴⁾.

Se han descrito algunos resultados positivos asociados con la implementación de este tipo de enfoques, tales como aumento de la satisfacción, aumento de la adherencia e implicación por parte de la persona con el programa de tratamiento, reducción de la duración de la estancia en los recursos de rehabilitación y mejora de los resultados funcionales⁽³³⁾.

Una de las herramientas que más se está utilizando en la práctica y en investigaciones recientes con enfoque centrado en la persona en relación al desempeño ocupacional es la COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Esta evalúa y mide el cambio en el desempeño ocupacional y en el grado de satisfacción^(34, 35).

Es interesante el uso de herramientas de evaluación de este tipo porque, además de medir el progreso desde el punto de vista del usuario, puede orientarnos hacia evaluaciones funcionales relacionadas con su propia visión y significado, y no solamente mediante el uso de sistemáticas listas de conducta⁽²⁹⁾.

Son diversos los estudios realizados que han utilizado la COPM para valorar aspectos como la efectividad en la autoidentificación de problemas, establecimiento de objetivos, implementación de intervención centrada en la ocupación, como medida de cambios significativos tras la intervención. Aunque son cada vez más los artículos publicados que muestran los resultados de su uso, en salud mental aún es escasa la investigación al respecto. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento son prometedores y aportan evidencia sobre este tipo de intervenciones (Waters 1995, Cresswell 1998, Boyer 2000, Pan 2003)⁽³⁵⁾.

Una de las investigaciones más recientes al respecto es la de Schindler⁽³⁶⁾, quien publicó en 2010

los resultados de un estudio que se centraba en comprobar la efectividad de un programa de terapia ocupacional centrado en el cliente y en la ocupación para personas con diagnósticos psiquiátricos. En él participaron 38 personas, con diversos diagnósticos. El programa se desarrolló en 4 semestres y se utilizó la COPM para valorar el desempeño ocupacional, establecer los objetivos y medir el resultado de la intervención. También se utilizó la Participant Overall Satisfaction Scale para valorar el nivel de satisfacción con el programa. Los resultados que se obtuvieron demostraron una mejora estadísticamente significativa en desempeño y satisfacción con respecto a las ocupaciones detectadas. La parte cualitativa de la COPM apoyó los resultados cuantitativos. Los objetivos marcados estaban relacionados con las áreas de autocuidado, productividad y ocio, en especial vocacionales y educativos. La evaluación de satisfacción que se les realizó apoyó la importancia de centrarse en la persona y en la ocupación, valorando con puntuaciones altas las características de este enfoque.

Estos resultados animan desde luego a continuar diseñando investigaciones en esta línea, y a incorporar este tipo de intervención en nuestra práctica diaria.

A continuación se describirá parte del proceso de recuperación de María, como muestra de la puesta en práctica conjunta de estos dos enfoques: centrado en la persona y en la ocupación.

A propósito de María²

María es una mujer de 33 años que es derivada al hospital de día de Basauri (RSMB, Osakidetza) con orientación de rehabilitación sociolaboral, tras un ingreso hospitalario que precisó por encontrarse en situación aguda, con síntomas delirantes hacia los padres. Aunque en el momento del ingreso no lo presentaba, es significativo en su enfermedad el padecimiento de dolores intensos, no explicados por causas orgánicas, que ella predice con meses de antelación y que le paralizan y aterrorizan. Presenta un diagnóstico médico de esquizofrenia paranoide, que comienza con síntomas hace 9 años.

² Se ha utilizado el nombre de "María" de manera ficticia para proteger la identidad de la persona sobre la que se escribe. El artículo ha sido escrito con su consentimiento informado.

Resumen de la evaluación ocupacional inicial

Durante las primeras semanas se realiza la evaluación del desempeño ocupacional de María, para lo que se utilizan diferentes herramientas, además de la observación clínica en diversas situaciones, actividades y ambientes (en el propio centro, en su hogar y en distintos recursos de la comunidad).

María vive con sus padres, en un pueblo pequeño, aunque cercano a una ciudad. Tiene un hermano mayor con el que se lleva bien y con quien realiza algunas actividades de ocio, como ir al cine y a pasear. El ambiente de pueblo en el que vive hace que se conozcan todos los vecinos, lo que en ocasiones a ella le limita debido a las ideas referenciales que muestra hacia ellos. Además cuenta con menos recursos comunitarios, teniéndose que desplazar a otros lugares para poder acceder a ellos (oficina de empleo, bibliotecas, centros cívicos, tiendas, servicios sociales, servicios sanitarios especializados, como es la consulta de psiquiatría...). Para ello existe transporte público, aunque con poca frecuencia, lo que le lleva a tener que usar el coche.

En el período inicial María presentaba dificultades en varias áreas del desempeño ocupacional. Siguiendo la escala EVDO (Escala de Valoración del Desempeño Ocupacional), presenta puntuaciones susceptibles de intervención en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDI), esparcimiento/juego, trabajo y participación social.

En relación a las AVD Básicas, realiza prácticamente sin dificultad la mayoría de las actividades, aunque ella destaca problemas en algunas, como la higiene personal (a pesar de observarse hábitos adecuados, ella no está satisfecha y desearía cambiar ciertos aspectos). Hay que decir que, debido a su sobrepeso, presenta ciertas dificultades motoras para algunas tareas, como realizar la higiene de algunas partes del cuerpo, atarse los cordones...

Las AVD Instrumentales han puntuado más bajo que las Básicas. No presenta dificultades significativas para el manejo del dinero, aunque sí tiene una tendencia a no administrarlo bien (es la madre quien lo controla, pues María tiende a realizar compras de manera indiferenciada,

no planificadas y no siempre en base a sus necesidades). Utiliza sin problemas diferentes transportes públicos y conduce su propio coche (sobre esto hay que decir que ella expresa no querer usar el coche pues se siente insegura, y ha recibido numerosas multas por exceso de velocidad, que le suponen un gran esfuerzo económico). Muestra dificultades para utilizar recursos en la comunidad, para el arreglo del hogar y para la preparación de comidas. Estas actividades son importantes para ella, y expresa desear ser más autónoma y colaborar en más tareas del hogar, que por otro lado mejorarían las relaciones con su madre (describe el hecho de no colaborar como objeto de discusiones con ella).

En cuanto al área de ocio (esparcimiento/juego), aunque al inicio del programa eran escasas las actividades que realizaba, sí era capaz de identificar intereses por, además, una variedad de actividades de distinto tipo (deportivas, culturales, artísticas, de carácter social). Inicialmente su actividad de ocio principal era ir en ocasiones al cine con el hermano o dar algún paseo, y realizar de manera esporádica algunas creaciones con maquillajes como pintura.

En el área formativa, María ha finalizado estudios de bachillerato, cursando y obteniendo el título de Técnico superior de animación de actividades físicas y deportivas. Aunque ha conseguido finalizar todos los cursos, lo ha hecho con bastante esfuerzo y repitiendo en diversas ocasiones. Desde entonces no ha vuelto a realizar ninguna actividad de carácter formativo, ni muestra interés por hacerlo.

Su experiencia laboral es amplia y casi todos los trabajos los describe bajo situación de malestar, condicionada por la enfermedad. Ha trabajado cuidando niños, limpiando casas, como camarera en fines de semana, operaria, representante comercial y distribuidora, en una asesoría (este ha sido el contrato más largo, dos años), camarera en una residencia de ancianos los fines de semana, y en una copistería.

En el momento de la evaluación éste no era un área pertinente como objetivo inmediato de trabajo, que a medida que María ha ido encontrándose mejor se ha comenzado a explorar en mayor profundidad. Ella se siente vulnerable y

no capacitada para trabajar, no en condiciones normales, pero sí podría valorar la posibilidad de encaminarse hacia un empleo protegido o a alguna ocupación laboral adaptada a sus características: jornada reducida, tareas no con gran requerimiento físico (es muy vulnerable al cansancio y sensaciones físicas, que asocia con las ideas delirantes relacionadas con su cuerpo).

En relación a la participación social, inicialmente realizaba pocas actividades insertas en la comunidad; sus ocupaciones estaban casi exclusivamente enlazadas con la familia (dentro del hogar principalmente, con la madre a veces en el pueblo, y con el hermano para algunas de ocio), y pocas actividades con amigos. Había dejado de salir con algunas amistades y prefería quedarse en su casa (expresaba ideas referenciales por parte del vecindario y bajo autoconcepto sobre su capacidad de relación con otros). A pesar de ello, sí reconoce roles sociales y muestra interés por retomar esa participación.

Analizando a María en relación a diferentes componentes y requisitos para el desempeño ocupacional, encontramos que estas limitaciones descritas están condicionadas por los déficits que muestra en funciones relacionadas con la energía (motivación, intereses), funciones mentales específicas, en concreto con el mantenimiento de la atención, el contenido y el curso del pensamiento, y experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo.

Asimismo, también como consecuencia de un déficit en las destrezas motoras (se encontraba en baja forma física y con sobrepeso, lo que le lleva a cansarse fácilmente y a no poder realizar algunas actividades que requieren cierta flexibilidad motora), destrezas cognitivas (muestra dificultad para planificar y gestionar el desempeño de actividades que no realiza habitualmente), destrezas de comunicación y sociales (la interacción social estaba limitada por el contenido de su discurso, que inicialmente era incoherente, y por su tendencia al aislamiento debido a las ideas delirantes).

En relación a los patrones de ejecución, María muestra falta de rutinas; realiza las tareas básicas de la vida diaria pero de manera no organi-

zada, pasando bastante tiempo tumbada y sin ocupaciones concretas que le marquen un ritmo. Mantiene hábitos básicos totalmente aceptables según normas generales, que sin embargo ella describe como ineficaces e insuficientes. Colabora en las tareas del hogar pero sin una estructura temporal, y parece que muchas veces tras la demanda de la familia. Además, parece haber una distorsión entre la percepción que ella tiene en su desempeño en general y el resultado que obtiene, tendiéndolo a calificar de manera negativa cuando objetivamente se observa un buen resultado.

Intervención realizada

En lo que respecta a terapia ocupacional, se han realizado dos tipos de intervenciones con María:

- Participación en los diferentes grupos terapéuticos diseñados para abordar las diferentes áreas ocupacionales, y factores y destrezas necesarias para su desempeño.
- Intervención individual centrada en la persona y en la ocupación.

Por lo general, en nuestra comunidad la mayoría de las intervenciones realizadas desde el ámbito de la terapia ocupacional en salud mental tienen un carácter grupal, en contraste con lo que ocurre en otros países, donde existe una fuerte influencia de las intervenciones individuales⁽³⁷⁾. La experiencia nos lleva a considerar el beneficio y riqueza que supone combinar ambas, premisa sobre la que se ha basado este caso.

El inicio del tratamiento fue exclusivamente grupal, siempre en base a sus características individuales, que marcaban parte de los objetivos de las sesiones y se enfocaban, desde el trabajo en grupo, a mejorar las diferentes áreas ocupacionales.

A medida que fue encontrándose mejor, que psicopatológicamente estaba más estable, se comenzó a trabajar individualmente con ella. A modo de resumen sobre cómo ha sido su proceso ocupacional, podemos decir que en general ha habido una notable mejoría y cambio en María. Ha participado en todos los grupos de manera activa, mostrando mejoría en las destrezas motoras, cognitivas, de comunicación y sociales, convirtiéndose además en parte activa y dinámica del

grupo. Ha ido adquiriendo patrones de ejecución más eficaces, estableciendo rutinas y hábitos que le han ayudado a organizar el tiempo y a encontrarse más satisfecha.

En las intervenciones individuales, para ir evaluando y dirigiendo su propio proceso de recuperación, se utilizó la COPM. Inicialmente se establecieron objetivos relacionados con una mejora de la higiene personal, organización de su ropa, actividades de ocio dentro del hogar, y activación física.

Se estableció un plan de trabajo semanal con ocupaciones concretas. Ella fue quien marcó el ritmo y cantidad de actividades que consideraba podía llevar a cabo. Así, por ejemplo, para el objetivo relacionado con la activación física, tras explorar su entorno y ver las posibilidades que tenía, comenzó a utilizar una cinta mecánica que desde hace tiempo estaba en su casa pero no usaba. Se hizo un análisis de su capacidad física inicial para establecer el programa con el que comenzar (tiempo y resistencia), y que ella progresivamente fue aumentando. A medida que se fue encontrando más activada, abandonó esta actividad, cambiándola por salidas y paseos por los alrededores de su pueblo.

El objetivo de mejora de su higiene corporal, aunque no se observaban problemas en este área, ni siquiera tras la descripción que hacía sobre cómo era su desempeño, resultaba un área importante para ella, pues consideraba que no era suficiente y desde luego no satisfactorio (deseaba mejor higiene corporal y no necesitar limpiarse el pelo con la frecuencia con la que tenía que hacerlo, que le parecía demasiado). Para esto establecimos un plan sobre cómo hacerlo mejor, readaptando la actividad y exploramos diversos productos para el pelo que le permitieran menor frecuencia de lavados.

Para la organización de la ropa se observaron ciertas dificultades prácticas, en especial para planificar y organizar la actividad. Se realizaron intervenciones en el hogar y se le ayudó inicialmente utilizando diversas estrategias y técnicas (análisis de la actividad, readaptación de tareas, encadenamiento hacia delante...), de manera que comenzara y adquiriera una rutina que después fuera capaz de mantener.

También se le proporcionaron recursos necesarios para su desempeño, como es el caso de libros adecuados a sus intereses y características cognitivas para la lectura como ocio dentro del hogar. Cuando comenzó a ser capaz de leer libros completos, comenzó a utilizar recursos comunitarios (como las bibliotecas de su alrededor) para obtener otros que fueran de su interés y no necesitar que se los proporcionáramos.

Este plan fue revisado semanalmente durante cuatro meses. Tras este período se reevaluaron los objetivos. Los resultados de la COPM objetivaron mejoría tanto en desempeño (3,6 puntos) como en satisfacción (4 puntos). Explicar que superior a 2,5 puntos está considerado cambio clínicamente significativo⁽⁹⁵⁾. Ver tabla I.

Tabla I. Resultados de la COPM en el período de 6 meses

	Inicial	Tras 4 meses	Diferencia
Desempeño	2,8	6,4	3,6
Satisfacción	3,0	6,0	4,0
	Inicial	Tras 2 meses	Diferencia
Desempeño	1,8	5,0	3,2
Satisfacción	1,6	4,2	2,6

Tras considerar que algunos de los objetivos ya los había superado, quiso establecer nuevos, esta vez más relacionados con la limpieza del hogar y aumento de actividades de ocio en el hogar (comenzar a ver películas prestadas de la biblioteca). En el caso de las actividades del hogar hubo que hacer un exhaustivo análisis de cómo las realizaba para poder readaptar y ajustar tareas. El plan de trabajo se centró en estos nuevos objetivos y en mantener los anteriores que ella consideraba importantes. Se reevaluaron en un período de dos meses, obteniendo también una diferencia de 3,2 en desempeño y 2,6 en satisfacción. Ver tabla I.

A medida que ella iba ganando autonomía, poniendo en juego destrezas y habilidades, su desempeño ocupacional fue mejorando (actualmente sale con algunos amigos, usa recursos en la comunidad, realiza actividad física fuera del hogar -aunque no de manera sistemática-, se encarga de tareas del hogar de manera autónoma).

Se volvió a utilizar la escala EVDO para objetivar cambios en el desempeño ocupacional con respecto al inicio, y se observó que había mejorado en todas las áreas evaluadas (AVD Básicas, AVD Instrumentales y participación social). Todas puntuaban superior a 2. Esparcimiento y juego continuaba siendo un área deficitaria (1,6), aunque también había mejorado y puntuaba superior al valor inicial (1). Ver tabla II

Las áreas de formación y trabajo no fueron reevaluadas, pues no se había hecho intervención sobre ellas y la situación era similar a la inicial, quedando pendientes para comenzar a trabajarse (en el momento de escribir el artículo, María tenía un plan de alta a un recurso laboral, pero no se sentía con energía, con muchas dudas y estábamos replanteándonos un nuevo plan acorde a sus deseos).

Tabla II. resultados de la evaluación del desempeño tras intervención. EVDO

Áreas	Valoración Inicial	Valoración posterior a intervención
AVD Básicas	2,2	2,6
AVD Instrumentales	1,5	2,4
Esparcimiento/Juego	1,0	1,6
Participación Social	1,1	2,0

Puntuación máxima posible: 3.

Sólo áreas sobre las que se ha trabajado (formación y trabajo no fueron objetivos iniciales).

En los párrafos anteriores se ha descrito parte del proceso de recuperación ocupacional de una persona que presenta trastorno mental grave en el contexto de un hospital de día. Aunque se ha trabajado con ella grupalmente, en este artículo se ha hecho hincapié, describiendo con mayor detalle, la intervención individual centrada en la persona y basada en la ocupación.

Decir también que el trabajo realizado, aunque aquí expuesto desde el enfoque del terapeuta ocupacional, está totalmente inserto en un trabajo de equipo, en el que intervienen diferentes profesionales, y sin el cuál este proceso no hubiera sido posible. Y en total acuerdo con lo que algunos autores plantean, la práctica centrada en la persona sólo puede llevarse a cabo si existe un equipo que también la comparte, con una sinergia que parte de una filosofía común.

Contacto

Raquel Plata.

Hospital de día de Basauri • C/Gaztela 1 bajo • 48970 Basauri (Bizkaia)

raquel.plataredondo@osakidetza.net

Bibliografía

1. Moruno P, Talavera MA. (2012) Terapia ocupacional en salud mental. 1ªed. Barcelona: Elsevier-Masson.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N^o 2007/05.
3. Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. (2006) Madrid: FEAFES (coord.).
4. Gisbert C, et al. (2002) Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6.
5. Ward J. (2005) Adultos con enfermedades mentales. In Crepeau E, Cohn E, Schell B. eds. Willard & Spackman Terapia Ocupacional (10ªed., pp. 835-859) Madrid: Panamericana.
6. Bravo-Ortiz et al. (2011) Influence of type of treatment on the well-being of Spanish patients with schizophrenia and their caregivers. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 15(4):286-95.
7. Eklund M, Hermansson A, Håkansson C. (2011) [en línea] Meaning in life for people with schizophrenia: does it include occupation? *Journal of Occupational Science* 19(2): 93-105 Disponible en Web: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>
8. Recovering Ordinary Lives. The strategy for occupational therapy in mental health services 2007-2017. A vision for the next ten years. (2006) [en línea] College of Occupational Therapists. United Kingdom. Disponible en Web: <http://www.cot.co.uk/mental-health/recovering-ordinary-lives>
9. Goldberg B, Brintnell E, Goldberg J. (2002) The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health* 18(2):17-44.
10. Eklund M, Hansson L, Bjerholm U. (2001) Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 36:79-85.
11. Occupational therapy practice framework: domain and Process (2008) 2nd de. *Am J Occup Ther* 62:625-683.
12. World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986). Ottawa charter for health promotion. Ottawa, Canada.
13. Wilcock A, et al. (1997) The relationship between occupational balance and health: A pilot study. *Occupational Therapy International* 4(1):17-30.
14. Matuska, K. & Christiansen, C. (2008) A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science* 15:9-19.
15. Laliberte Rudman D. (2002) Linking occupation and identity: Lessons learned through qualitative exploration. *Journal of Occupational Science* 9:12-19.
16. Lin N, Kirsh B, Polatajko H, Seto M. (2009) The nature and meaning of occupational engagement for forensic clients living in the community. *Journal of Occupational Science* 16:110-119.
17. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. (2008) The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32:59-62.
18. Leufstadius C. (2008) [en línea] Spending my time. Time use and meaningfulness in daily occupations as perceived by people with persistent mental illness. Doctoral dissertation. Department of Health Sciences, Division of Occupational Therapy and Gerontology. Lund University. Disponible en Web: <http://lup.lub.lu.se/lup/download?func=downloadFile&recordId=1149685&fileId=1149923>
19. Leufstadius C, Erlandsson LK, Björkman T. (2008) Meaningfulness in daily occupation among individuals with persistent mental illness. *Journal of Occupational Science* 19:27-35.

20. Urlic K, Primrose L. (2010) Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal* 57:310-317.
21. Gupta M, Basset E, Iftene F, Bowie CR. (2012) Functional outcomes in schizophrenia: Understanding the competence-performance discrepancy. *Journal of Psychiatric Research* 46:205-211.
22. Bejerholm, V. (2004) Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 27-47.
23. Cardoso P, Dias A, Henna J, Elkis H. (2003) Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 25(1):26-30.
24. Legault E, Rebeiro KL. (2001). Occupation as means to mental health: a single-case study. *American Journal of Occupational Therapy*. 55(1): 90-96.
25. Goldberg et al. (2002) The relationships between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44.
26. Sumsion T. (2006) Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone.
27. Organización Mundial de la Salud. (2010) Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 1.0.
28. Organización Mundial de la Salud. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de las Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
29. Farkas M. (2008) Rehabilitation in the 21st Century. Partnership not prescription. *INSIGHTS of the Regional Mental Health Care London and St. Thomas* Vol 5, N^o 3. Disponible <http://www.sjhc.london.on.ca/sites/default/files/pdf/v5n3-2008.pdf>
30. Law M. (1998) Client-centered occupational therapy. Slack, Thorofare, NJ.
31. Corring DJ, Cook JV. (2006) Ask, listen and learn: what clients with a mental illness can teach you about client-centred practice. In Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation.(2nd ed. pp 107-122) Edinburgh: Churchill Livingstone.
32. Brown C.(2005) *Intervenciones en pacientes con enfermedad mental grave*. In Crepeau E, Cohn E, Schell B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. 10^aed. Madrid: Panamericana.
33. Maitra KK, Erway F. (2006) Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy* 60:298-310.
34. Baptiste S. (2008) Client-centered assessment: The Canadian Occupational Performance Measure. In Hempill-Pearson. Assessments in Occupational Therapy Mental Health. A integrative approach. (2nd de. Pp 35-47).
35. Pollock N, McColl MA, Carswell A. (2006) The Canadian Occupational Performance Measure. In Sumsion T. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation.(2nd ed. pp 161-176) Edinburgh: Churchill Livingstone.
36. Schindler VP. (2010) A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. *Occup. Ther. Int.* 17:105-112.
37. Aameraal MA, Coppers J. (2012) Understanding living skills: first steps to evidence-based practice. Lessons learned from a practice-based journey in the Netherlands. *Occup. Ther. Int.* 19:45-53.

- Recibido: 25-9-2012.
- Aceptado: 16-10-2012.