



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

Programa de doctorat:

Salut, benestar i qualitat de vida

TESI DOCTORAL

**ELABORACIÓ I APLICACIÓ D'UN PROGRAMA D'OCI
PSICOSOCIAL PER A MILLORAR LA FUNCIONALITAT I EL
BENESTAR EN PERSONES AMB TRASTORN DEPRESSIU**

Ruben del Río Sáez¹

DIRECTORS:

Francesc Arrufat Nebot¹

Àngel Serra Jubany²

Vic, Juny de 2016

¹ Grup d'investigació en Salut Mental i Innovació Social (SaMIS). UVic-UCC i Consorci Hospitalari de Vic

² Grup de Recerca en Psicologia Clínica i Neurociència. UVic-UCC



*Tots som genis®. Però si jutges a un peix
per la seva capacitat per pujar als arbres,
viurà tota la seva vida pensant que és un inútil.*

Albert Einstein

AGRAÏMENTS

Inicio amb aquestes línies d'agraïment al mateix lloc on fa uns mesos vaig començar a redactar les primeres paraules d'aquesta tesi. Afortunadament en aquest procés he comptat amb el suport de moltes persones, i si bé n'he pogut arribar al final d'aquest, cal destacar que ha estat gràcies a aquestes.

En primer lloc, vull donar les gràcies als meus directors, el Dr. Àngel Serra per els seus consells, la seva proximitat i actitud positiva, així com la confiança i la il·lusió dipositada en la realització d'aquest projecte, i al Dr. Francesc Arrufat per guiar-me i recolzar-me des de l'inici d'aquest estudi fins avui, per la seva constància, així com l'agudesesa i l'eficàcia en la resolució de problemes.

En segon lloc, agraeixo aquelles entitats que brindant-me la seva confiança han apostat pel projecte obrint-me les seves portes. Al Consorci Hospitalari de Vic, a la Universitat de Vic, al Vit Vic, al Centre Cívic Can Pau Raba amb la predisposició d'en Joan Carles, a la Protectora d'Osona o "la Prote" com els hi agrada dir a la Bea mare, la Bea filla i en Dani, al Menjador social el Tupí amb en Marià i la Núria al peu del canó, al banc d'aliments de Vic amb la M^a del Mar Espadaler com a representant de la Creu Roja i el recolzament del carismàtic Joaquim Vivas. I amb una menció especial a La Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona amb la incombustible Mercè Generó al capdavant, per la confiança dipositada i el seu suport.

També mereixen el reconeixement aquells qui a títol individual han prestat el seu temps i dedicació aportant els seus coneixements i l'empenta necessària per avançar en el projecte. A l'Adri Vilanova per el seu compromís i implicació, colze a colze en el desenvolupament dels tallers. A la Memi Martínez per la seva creativitat, generositat i energia. A la Montse Colom per la confiança i els seus consells lingüístics. A en Pere Roura per el seu suport

metodològic i estadístic. I a en Jon Telford i la Montserrat Callis per el seu cop de mà amb l'anglès.

Sense oblidar a les persones que anònimament han participat en l'estudi, per la seva implicació i el seu temps. Sou vosaltres qui doneu sentit a aquest treball.

Vull agrair, a més, a tots els amics per la seva paciència i comprensió. Per aquelles xerrades i aquells moments compartits que m'han ajudat a desconnectar i a renovar l'energia necessària per seguir avançant.

De la mateix manera vull agrair a la meva família per el seu caliu i amor incondicional. Sobretot a la meva mare i al meu pare per l'inesgotable recolzament moral, donant-me força i ànims per tirar endavant.

Finalment, haig de reverenciar a l'Estel·la, per acompanyar-me, escoltar-me, entendre'm, recolzar-me, assossegar-me i emplenar-me a cada instant.

Per tot plegat, em considero afortunat i satisfet d'haver comptat amb vosaltres per aquest trajecte.

ÍNDEX

JUSTIFICACIÓ	1
GLOSSARI D'ABREVIATURES	5
MARC TEÒRIC	7
1. DEPRESSIÓ	8
1.1. Prevalença de la depressió	9
1.2. Què és la depressió	11
1.3. Conseqüències de la depressió.....	19
1.4. Factors de risc.....	21
1.5. Tractament	24
1.5.1. Intervencions psicosocials de baixa intensitat.	27
1.5.2. Intervencions psicològiques d'alta intensitat.....	29
1.5.3. Tractaments farmacològics.....	32
1.5.4. Depressió complexa i severa.....	35
1.6. Itinerari assistencial a la comarca d'Osona	36
1.7. Resum, sobre la Depressió	39
2. OCUPACIÓ	40
2.1. La naturalesa ocupacional de les persones	41
2.2. L'ús terapèutic de l'Ocupació en salut mental.....	43
2.3. Ocupació vers preocupació (activació conductual)	45
2.4. Resum, sobre l'Ocupació.....	49
3. L'OCI	50
3.1. Concepte i significació de les activitats d'oci.....	51
3.2. L'Oci com a font de benestar i qualitat de vida	55
3.3. L'Oci en salut mental (Oci terapèutic).....	57
3.4. Resum, sobre l'Oci	61
MARC EXPERIMENTAL	62
4. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	63
5. METODOLOGIA	66
5.1. Creació del programa.....	67
5.1.1. Equip	78
5.1.2. Perfil d'usuaris.....	79
5.1.3. Recollida de dades	80
5.1.4. Instruments.....	80
5.1.5. Protocol del programa	82
5.2. Prova pilot del programa.....	85
5.2.1. Configuració de la proposta d'activitat del programa.	85
5.2.2. Convenis de col·laboració	85
5.2.3. Tramitació de l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC).....	87
5.2.4. Inclusió de casos.....	87
5.2.5. Recollida de dades, prevaloracions i elecció d'activitats	88
5.2.6. Aplicació del programa ACR.....	89
5.2.7. Post valoracions i tancament.....	90
5.2.8. Anàlisis de dades.....	90
6. RESULTATS	91

7. DISCUSSIÓ.....	101
7.1. Disseny.....	102
7.2. Estudi pilot.....	105
7.3. Limitacions.....	108
7.4. Abast i perspectives futures de la investigació	109
8. CONCLUSIONS	112
9. REFLEXIÓ PERSONAL.....	115
10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	122
ANNEXES	132
ANNEX I: PROGRAMA	133
Fitxa descriptiva d'activitats.....	133
Registre de fortaleces - Punt de trobada.	135
Full informatiu sobre el programa ACR.....	136
Document de recollida de dades personals.....	139
Registre assistència	140
Enquesta satisfacció	141
Protocol del Programa ACR	144
Document de drets i normativa de grup	145
Registre resum Punt de trobada.....	147
Registre resum de sessions.....	148
ANNEX II ESTUDI PILOT.....	149
Cronograma.....	149
Fitxes programa pilot	150
Informació i Compromís col·laboradors	164
Responsabilitat civil de l'estudi	172
Informe d'aprovació de l'estudi del Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC)	173
Full informatiu estudi.....	174
Consentiment informat de participació a l'estudi.....	176
Presentació menú d'activitats (Power point)	177
Calendari d'activitats i espais	178

JUSTIFICACIÓ

*Quan ja no som capaços de canviar una situació,
ens trobem davant el desafiament de canviar-nos a nosaltres mateixos.*

(Viktor Frankl)

"La vida no te sentit per a mi", "M'he cansat de viure", "Tiro la tovallola", "Em vull morir"... aquests son alguns dels missatges que en un moment o altre de la nostra feina, estem exposats a escoltar els professionals que treballem en el camp de la salut mental. I tot i la capa d'impermeabilitat professional de la qual es suposa que estem dotats, us haig de reconèixer que a dia d'avui, amb més 15 anys de recorregut en el camp, em segueixen inquietant aquestes revelacions. De fet aquesta mateixa reflexió reforçada per uns resultats epidemiològics identificant que entre un 90 i 98% dels subjectes adults amb comportaments suïcides presenten algun tipus de trastorn mental, és la que em va empènyer a desenvolupar un estudi sobre el desenvolupament ocupacional en persones amb trastorn mental i risc de suïcidi associat, com a treball de màster (del Río 2011). En els resultats obtinguts d'aquell estudi, es va detectar que aquelles persones que es sentien més realitzades, satisfetes i que valoraven més les activitats que desenvolupaven en el seu dia a dia, presentaven un menor risc de suïcidi, i d'una forma especial aquest fet prenien una major rellevància en el cas de les activitats d'oci. Com a terapeuta ocupacional, aquestes dades prenien una especial significació. Per aquest motiu no és d'estranyar que en el moment de seleccionar el tema per al projecte de tesis doctoral, la motivació s'enfoqués en aquesta línia d'investigació.

Les dades ens diuen que, d'entre tots els trastorns mentals, són els de l'estat d'ànim, i particularment la depressió, aquells que estan associats a la majoria dels suïcidis consumats, alhora que les persones afectades de depressió refereixen més antecedents d'intents autolítics (Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán, & Bousoño, 2004). I és a partir d'aquesta informació, sumada a la inquietud d'abordar la prevenció del risc de suïcidi des de la teràpia ocupacional, els elements que fonamenten l'origen del present treball.

D'aquesta forma, i centrant-nos en l'abordatge dels trastorns depressius, n'identifiquem que en els darrers anys ha aflorat un qüestionament de l'eficàcia dels fàrmacs antidepressius (Kirsch et al., 2008), tradicionalment

considerats com a tractament de referència. Amb un reconeixement de que si bé els trastorns depressius acostumen a millorar amb aquests, la persistència de símptomes residuals sembla ser encara la norma (Fava, Tomba, & Grandi, 2007), fet que està associat al risc de presentar nous episodis o recaigudes, i major rapidesa en la seva aparició (Paykel et al., 1995). Paral·lelament el model més reconegut, recomanat per bona part de les guies clíniques especialitzades, proposa una intervenció esglaonada, que prioritza les accions menys intrusives, entre les quals es troben les intervencions psicosocials de baixa intensitat (The British Psychological Society & The Royal Coll, 2009).

Malgrat això i sent la depressió major el trastorn mental més freqüent entre les persones ateses a atenció primària a Catalunya, amb una prevalença del 9,6% (Serrano-Blanco et al., 2010), el Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC) de la Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona (FCMPPO) presenta nivells significativament baixos de persones ateses en els darrers anys, amb diagnòstic de depressió, amb un promig de 3'8% respecte el total de casos atesos en els darrers anys (FCMPPO, 2014), sent aquest el recurs de referència en el camp de la rehabilitació psicosocial de la població adulta amb trastorn mental sever o greu a la comarca d'Osona. Entre els possibles motius, es manifesta una arrelada tradició respecte l'atenció d'aquests trastorns, centralitzada en els recursos d'atenció primària i els centres de salut mental, mentre que les derivacions als centres de rehabilitació es prioritzen els trastorns psicòtics i bipolars. Tanmateix, és reconeguda entre les persones afectades de depressió, un inherent dificultat per a l'activació conductual i la participació comunitària, conseqüència de la seva característica triada simptomatològica d'apatia, abúlia i anhedonia (Barraca, Mairal, 2009).

I si bé és cert que gran part dels professionals que treballem en el camp de la salut mental, familiars, amics i les pròpies persones afectades per aquest trastorn, coincidim en que l'activació i la participació en ocupacions significatives tenen un paper rellevant en el procés de recuperació i rehabilitació de la depressió, sovint no queda clar "el com", de quina forma accedir a aquesta activació o desenvolupament ocupacional. Aquest fet,

habitualment fomenta reaccions de malestar, frustració i infravaloració, entre aquest col·lectiu d'usuaris, generant una sensació d'incapacitat al respecte. "Si ja ho sé que haig de fer coses... però com, si no puc?".

Davant d'aquesta tessitura, el present estudi pretén elaborar i desenvolupar un programa psicosocial fàcilment reproduïble, que de forma adaptada i responsabilitzadora, afavoreixi l'activació ocupacional i la participació comunitària de les persones afectades de depressió, en benefici seu benestar, qualitat de vida i funcionalitat.

GLOSSARI D'ABREVIATURES

ACR:	Activa't, Crea i Relaciona't
AP:	Atenció Primària
CAP:	Centre d'Atenció Primària
CHV:	ConSORCI Hospitalari de Vic
CIE:	Classificació Internacional de Malalties (en castellà: Clasificación Internacional de Enfermedades)
CSMA:	Centre de Salut Mental d'Adults
DSM:	Manual de diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (en anglès: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FCMPPO:	Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona
NHS:	National Health Service
NICE:	National Institute for Health and Clinical Excellence
OMS:	Organització Mundial de la Salut
SRC:	Servei de Rehabilitació Comunitària

MARC TEÒRIC

1. DEPRESSIÓ

*Admiro a la gent que viu sense problemes,
que mira el món amb despreocupació.
A diferència d'aquests, jo pateixo més del compte.
(Kurt Cobain)*

1.1. Prevalença de la depressió

Observant al nostre entorn, és probable que identifiquem a algun familiar, amic o conegut afectat per un trastorn depressiu. I és que en els darrers anys la depressió major ha arribat a situar-se entre els trastorns mentals més prevalents en la població general i un dels més incapacitants (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005). L'OMS, quantifica aquesta afectació en 350 milions de persones a tot el món i adverteix que una de cada cinc persones arribarà a desenvolupar un quadre depressiu a la seva vida. A més, degut al seu inici primerenc, al seu impacte funcional i a la seva tendència a la cronicitat i recurrència, la depressió és actualment una de les principals causes de discapacitat i representa un 4,3% de la carrega global de malaltia a nivell mundial (World Health Organization, 2012).

D'altre banda, l'estudi epidemiològic sobre els trastorns mentals al nostre país, ESEMeD-Espanya (Bernal et al., 2007) detecta una prevalença d'ideació suïcida d'un 7,8% en persones majors de 18 anys afectades de depressió. Sense deixar de banda el reconeixement d'una considerable associació d'aquesta amb d'altres trastorns mentals i abusos de substàncies (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2014), amb una relació complexa, donat que una en predisposa al patiment de les altres, alhora que la presència d'aquestes n'incrementa la probabilitat de tenir depressió.

A nivell mundial, s'estableix una prevalença del 4,7% de casos de depressió major, amb una incidència anual del 3% (Ferrari et al., 2012).

I entre les millors estimacions sobre la propensió a experimentar depressió al llarg de la vida, s'identifica el 4 i el 10% per els casos de depressió major i el 2,5 i 5% per a la distímia (síntomes depressius crònic de baix grau) (Waraich, Goldner, Somers, & Hsu, 2004).

A Europa occidental, s'identifica com la tercera causa de consulta en atenció primària de salut i s'estima que entre un 5 i un 10% de la població general pateix depressió major en algun moment de la seva vida (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2003). Els resultats de l'estudi PredictD, realitzat en 6 països diferents (Regne Unit, Espanya, Portugal, Eslovènia, Estònia i Països Baixos), van mostrar una prevalença de depressió en les consultes d'atenció primària de salut d'un 12.2% (8.5% per a homes i 13.9% per a dones) (King et al., 2008), matisant l'existència diferències rellevants entre les prevalences dels països avaluats, sent la major prevalença per homes al Regne Unit (12,7%) i per a dones a España (18,4%), mentre que les més baixes van ser de 4,4% per homes i 6,5% per a dones, ambdues a Eslovènia.

A Espanya, la prevalença poblacional de la depressió entre adults es situa en un 10'6% de prevalença-vida i un 4% de prevalença-any, amb una edat d'inici més prematura i altes taxes de comorbiditat i cronicitat respecte d'altres països europeus (Gabilondo, Rojas-Farreras, Vilagut, Haro & Pinto-Meza, 2010). Cal destacar que l'atur i altres factors associats a la crisi econòmica dels darrers anys estan relacionats amb una major prevalença dels trastorns mentals en general i la depressió en particular (Gili, García Campayo, & Roca, 2014), i tot i que la majoria de països europeus s'han vist afectats al respecte, s'identifica Espanya entre els països amb pitjors conseqüències degut a un especial debilitament de l'activitat econòmica i un deteriorament de les finances públiques més intens que altres economies de la Unió Europea i de la zona euro, així com un augment del deute privat (Eurosat, 2011; World Bank, 2011). En relació a aquest fet, l'estudi IMPACT (Gili, Roca, Basu, McKee, & Stuckler, 2013) identifica un increment de 2,34 en la depressió major i 2,04 en la distímia entre el 2006 i el 2010.

A Catalunya, l'estudi epidemiològic de prevalença de trastorns mentals a l'atenció primària DASMAR (Serrano-Blanco et al., 2010) reconeixia entre les persones ateses a atenció primària de salut a Catalunya al voltant d'un 10% els afectats de depressió major i un total de 2 milions de visites per aquest

motiu. Cal destacar que el nombre de visites als serveis d'AP és superior en aquells casos que presenten simptomatologia depressiva (Dowrick, Bellón, & Gómez, 2000). Per altre banda, la situació de crisi socioeconòmica que actualment està afectant al país, revela un augment significatiu del 19'4% en la proporció de persones amb depressió major (Gili et al., 2013) així com en el consum d'antidepressius coincidint amb l'augment de les xifres d'atur en els darrers anys (Elorza et al., 2012).

1.2. Què és la depressió

"Abans de començar la classe, la professora fa un incís, després d'escoltar a una alumna verbalitzant als seus companys que estava deprimida, fet que argumenta com a reactiu a l'empitjorament de les condicions climàtiques del moment". Aquesta anècdota viscuda personalment durant el període d'estudiant de teràpia ocupacional, em va suposar un punt d'inflexió en l'ús del concepte depressió, aplicat per a la definició d'un estat anímic.

D'acord a l'explicació d'aquella professora, el que intentava descriure la nostre companya, s'aproximava més a un baix estat de bioritmes o un baix estat anímic transitori, i no tant a un trastorn mental. I és que, malgrat l'ús popular d'aquest terme, el fet de sentir-se trist, tenir pensaments negatius o dificultats per a dormir, no implica necessàriament el patiment d'una depressió clínica. De fet disposem d'una àmplia gama de sentiments que podem experimentar, que ens ajuden a adaptar-nos als diferents esdeveniments als quals ens exposem, entre els quals s'hi troben sentiments com la tristesa (p. ex. si em notifiquen la pèrdua del meu lloc de treball, i en el cas de que el valorés, seria d'esperar que em sentís trist. Però probablement aquest mal estar conseqüència de la meva tristesa, pot influir alhora d'iniciar la recerca d'un nou treball, és a dir, pot actuar com a estímul de motivació al canvi).

Però, a banda de les possibles variants d'ús col·loquial, el qual pot identificar una reacció respecte un determinat esdeveniment (em deprimeix), per definir

una situació, entorn, o ambient i l'estat d'ànims que aquests generen (aquest lloc és depriment), que s'entén com a depressió en el camp de la salut mental?

Definida per la OMS (World Health Organization, 2012) com aquell trastorn mental caracteritzat per la presència de tristesa, pèrdua d'interès o plaer, sentiments de culpa o falta d'autoestima, trastorns del son o de la gana, sensació de cansament i falta de concentració. En funció del seu origen, aquesta pot ser considerada:

- *Endògena*. Tot i presentar una causa desconeguda, es considera associada a una predisposició biològica del subjecte.
- *Psicògena*. Associada a la personalitat o reactiva a esdeveniments vitals.
- *Orgànica*. Secundària a un fàrmac o malaltia mèdica degut a un mecanisme fisiològic. Entre les malalties més representatives: endocrines i metabòliques (p.ex. hipo i hipertiroïdisme o diabetis), infeccioses (p.ex. demència relacionada amb SIDA o hepatitis), hematològiques (p.ex. deficiència d'àcid fòlic o anèmia perniciosa), digestives (p.ex. malaltia de Wilson o carcinoma cap de pàncrees), neurològiques (p.ex. demència tipus Alzheimer o esclerosi múltiple) o colagenopaties (p. ex. lupus o artritis reumatoide).

A continuació es descriuen els criteris del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals, cinquena edició: DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) i els de la Classificació Internacional de les Malalties, desena edició: CIM-10 (OMS, 1992).

El DSM 5 inclou el Trastorn de depressió major (104) i el Trastorn depressiu persistent (distímia) (108) dins la categoria Trastorns depressius. Poden veure's els criteris diagnòstics corresponents a la taula 1 i a la taula 2 respectivament.

Taula 1 - Criteris del DSM-5 pel diagnòstic Trastorn depressiu major

A. Cinc (o més) dels símptomes següents han estat presents durant el mateix període de dues setmanes i representen un canvi del funcionament previ; almenys un dels símptomes és (1) estat d'ànim deprimit o (2) pèrdua d'interès o de plaer.

Nota: No incloure símptomes que es poden atribuir clarament a una altra afecció mèdica.

1. Estat d'ànim deprimit la major part del dia, gairebé tots els dies, segons es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones.
2. Disminució important de l'interès o el plaer per totes o gairebé totes les activitats la major part del dia, gairebé cada dia.
3. Pèrdua important de pes sense fer dieta o augment de pes o disminució o augment de la gana gairebé cada dia.
4. Insomni o hipersòmia gairebé tots els dies.
5. Agitació o retard psicomotor gairebé cada dia.
6. Fatiga o pèrdua d'energia gairebé tots els dies.
7. Sentiment d'inutilitat o culpabilitat excessiva o inapropiada (que pot ser delirant) gairebé tots els dies
8. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, gairebé cada dia.
9. Pensaments de mort recurrents, idees suïcides recurrents sense un pla determinat, intent de suïcidi o un pla específic per dur-lo a terme.

B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el social, laboral o altres àrees importants del funcionament.

C. L'episodi no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o d'una altra afecció mèdica.

Nota: Els Criteris A-C constitueixen un episodi de depressió major.

D. L'episodi de depressió major no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, un trastorn esquizofreniforme, trastorn

delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.

E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.

Nota: Aquesta exclusió no s'aplica si tots els episodis de tipus maníac o hipomaníac són induïts per substàncies o es poden atribuir als efectes fisiològics d'una altra afecció mèdica.

L'episodi depressiu pot ser:

Lleu: 296.21 Episodi únic o 296.31 episodi recorrent.

Moderat: 296.22 Episodi únic o 296.32 episodi recorrent.

Greu: 296.23 Episodi únic o 296.33 episodi recorrent.

Amb característiques psicòtiques: 296.24 Episodi únic o 296.34 episodi recorrent.

En remissió parcial: 296.26 Episodi únic o 296.36 episodi recorrent

No especificat: 296.26 Episodi únic o 296.36 episodi recorrent

Font: DSM-5 (2014)

Taula 2 - Criteris del DSM-5 pel diagnòstic Trastorn depressiu persistent (distímia)

A. Estat d'ànim deprimat durant la major part del dia, present més dies que els que està absent, segons es desprèn de la informació subjectiva o de l'observació per part d'altres persones, durant un mínim de dos anys.

B. Presència, durant la depressió, de dos (o més) dels símptomes següents:

1. Disminució de la gana o sobrealimentació.
2. Insomni o hipersòmia.
3. Poca energia o fatiga.
4. Baixa autoestima.
5. Manca de concentració o dificultat per prendre decisions.
6. Sentiments de desesperança.

C. Durant el període de dos anys de l'alteració, l'individu mai ha estat sense els símptomes dels Criteris A i B durant més de dos mesos seguits.

- D. Els criteris per un trastorn de depressió major poden estar contínuament presents durant dos anys.
- E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o un episodi hipomaniac, i mai s'han complert els criteris per al trastorn ciclotímic.
- F. L'alteració no s'explica millor per un trastorn esquizoafectiu persistent, esquizofrènia, trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i un altre trastorn psicòtic.
- G. Els símptomes no es poden atribuir als efectes fisiològics d'una substància (p. ex., una droga, un medicament) o a una altre afectació mèdica (p. ex., hipotiroïdisme).
- H. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament en el social, laboral o altres àrees importants del funcionament.

Nota: Com els criteris per a un episodi de depressió major inclouen quatre símptomes que no són a la llista de símptomes del trastorn depressiu persistent (distímia), un nombre molt limitat d'individus tindran símptomes depressius que han persistit durant més de dos anys però no compliran els criteris per al trastorn depressiu persistent. Si en algun moment durant l'episodi actual de la malaltia s'han complert tots els criteris per un episodi de depressió major, es farà un diagnòstic de trastorn de depressió major. Si no és així, està justificat un diagnòstic d'un altre trastorn depressiu especificat o d'un trastorn depressiu no especificat.

Font: DSM-5 (2014)

En canvi el CIM-10 inclou els Episodis depressius (F32) i el trastorn distímic (F34) dins la categoria Trastorns de l' Humor (afectius). Poden veure's els criteris diagnòstics corresponents a la taula 3 i a la taula 4 respectivament.

Taula 3 - Criteris del CIM pel diagnòstic d'un Episodi depressiu

A. Criteris generals per episodi depressiu:

L'episodi depressiu ha de durar, almenys, dues setmanes.

1. L'episodi no és atribuïble a abús de substàncies psicoactives o a trastorn mental orgànic.

B. Presència d' almenys, dos dels següents símptomes:

1. Humor depressiu d'un caràcter clarament anormal per al subjecte, present durant la major part del dia i gairebé tots els dies, que es modifica molt poc per les circumstàncies ambientals i que persisteix durant almenys dues setmanes.
2. Marcada pèrdua dels interessos o de la capacitat de gaudir d'activitats que anteriorment eren agradables.
3. Manca de vitalitat o augment de la fatiga.

C. A més, ha d'estar present un o més símptomes de la llista, perquè la suma total sigui almenys de quatre:

1. Pèrdua de confiança i estimació de si mateix i sentiments d'inferioritat.
2. Retrets cap a si mateix desproporcionats i sentiments de culpa excessiva i inadequada.
3. Pensaments recurrents de mort o suïcidi o qualsevol conducta suïcida.
4. Queixes o disminució de la capacitat de concentrar-se i de pensar, acompanyades de manca de decisió i vacil·lacions.
5. Canvis d'activitat psicomotriu, amb agitació o inhibició.
6. Alteracions del somni de qualsevol tipus.
7. Canvis de la gana (disminució o augment) amb la corresponent modificació del pes.

D. Hi pot haver o no síndrome somàtic.

L'episodi depressiu pot ser:

F32.0 Lleu: F32.00 Sense síndrome somàtic o F32.01 Amb síndrome somàtic.

F32.1 Moderat F32.10 Sense síndrome somàtic o F32.11 Amb síndrome

somàtic.

F32.2 Greu sense símptomes psicòtics.

F32.3 Greu amb sense símptomes psicòtics.

Font: OMS (1992)

Taula 4 - Criteris del CIM pel diagnòstic del trastorn distímic

- A. Estat d'ànim crònicament depressiu la major part del dia de la majoria dels dies, manifestat pel subjecte o observat pels altres, durant almenys 2 anys.
- B. Presència, mentre està deprimit, de dos (o més) dels següents símptomes:
 - 1. pèrdua o augment de gana
 - 2. insomni o hipersòmia
 - 3. manca d'energia o fatiga
 - 4. baixa autoestima
 - 5. dificultats per concentrar-se o per prendre decisions
 - 6. sentiments de desesperança
- C. Durant el període de 2 anys de l'alteració, el subjecte no ha estat sense símptomes dels Criteris A i B durant més de 2 mesos seguits.
- D. No hi ha hagut cap episodi depressiu major durant els primers 2 anys de l'alteració; per exemple, l'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn depressiu major crònic o un trastorn depressiu major, en remissió parcial.

Nota: Abans de l'aparició de l'episodi distímic va poder haver-hi un episodi depressiu major previ que ha remès totalment (cap signe o símptoma significatiu durant 2 mesos).
- E. Mai hi ha hagut un episodi maníac, un episodi mixt o un episodi hipomaniac i mai s'han complert els criteris per al trastorn ciclotímic.
- F. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un trastorn psicòtic crònic, com són l'esquizofrènia o el trastorn delirant.
- G. Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p. Ex., Una droga, un medicament) o de malaltia mèdica (p. Ex., Hipotiroïdisme).

H. Els símptomes causen un malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

Font: OMS (1992)

Val a dir que la classificació dels diferents trastorns psiquiàtrics és una qüestió en continu debat i en ocasions establir un diagnòstic pot suposar una tasca controvertida, de la qual la depressió no n'és una excepció. En relació a aquest fet, la Guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió en adults (Ministerio de Sanidad, 2014) apunta que el seu diagnòstic, acostuma a ser plantejat a partir de dades observacionals com el deteriorament de l'aparença i de la cura personal, l'alentiment psicomotriu, un to de veu baix, expressió facial trista, plor fàcil o espontani, disminució de l'atenció, verbalització d'idees pessimistes (culpa, hipocondria, ruïna ...) alteracions del son i queixes somàtiques inespecífiques, d'una forma persistent en el temps. Amb una gravetat determinada en bona mesura respecte el grau de deteriorament funcional i social.

Per determinar la gravetat d'un episodi depressiu, tant el CIM com el DSM en les seves versions més recents, es basen en el nombre, la tipologia i la intensitat de símptomes, així com en el grau de discapacitat funcional (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). La darrera versió del DSM (American Psychiatric Association, 2014) ho diferencia de la següent forma:

- **Lleu:** Poc o cap símptoma més que els necessaris per a complir els criteris diagnòstics, la intensitat dels símptomes causa malestar però és manejable i els símptomes produeixen poc deteriorament en el funcionament social o laboral.
- **Moderada:** El nombre de símptomes, la intensitat d'aquests i el deteriorament funcional estan entre els especificats per a "lleu" i "greu".
- **Greu:** El nombre de símptomes supera notablement als necessaris per fer el diagnòstic, la intensitat dels símptomes causa gran malestar i no

és manejable, i els símptomes interfereixen notablement en el funcionament social i laboral.

1.3. Conseqüències de la depressió

"No puc, no tinc ganes, no em motiva res, em vull morir..." són algunes de les frases emeses de forma recurrent per el col·lectiu de persones adultes afectades per un trastorn depressiu. En ocasions la desconexió arriba a portar a l'entorn, a conclusions del tipus: "això ho fa per cridar l'atenció, ho fa perquè no vol treballar..." però la realitat és que la depressió està associada a un deteriorament significatiu de la salut, qualitat de vida i el benestar personal. De fet, es reconeix com un dels factors més relacionats amb la conducta suïcida, amb un risc estimat de fins a quatre vegades superior respecte a la població general, i fins a 20 vegades major en el cas de la depressió greu (Sanidad, 2012).

Els trastorns depressius es correlacionen amb un deteriorament rellevant de la qualitat de vida i el funcionament psicosocial, incloent el funcionament social i ocupacional. S'identifiquen símptomes emocionals (baix estat d'ànim persistent, pèrdua d'interès i de la capacitat de gaudir de les coses de la vida quotidiana, sentiments de culpa, d'inutilitat i de manca d'il·lusió, així com baixa autoestima amb pèrdua de confiança en un mateix), símptomes físics i conductuals (plor, irritabilitat, aïllament social, exacerbació de dolors preexistent o aparició d'altres secundaris a un augment de la tensió muscular, disminució del desig sexual, fatiga i disminució de l'activitat, tot i que a vegades pugui estar acompanyada d'una marcada inquietud i ansietat, alteracions de la gana i la son) i símptomes cognitius (pèrdua de concentració i reducció de l'atenció, pessimisme i pensaments recurrents negatius sobre un mateix, del passat i del futur, alentiment mental i pensaments rumiadors). És per això que és recurrent el detriment del rol laboral de la persona afectada, a partir de l'experimentació de desmotivació, desig sostingut d'abandonament professional o retirada prematura, problemes de comunicació amb repercussió

de baixa qualitat en les relacions personals, increment del risc de ser inclosos en conflictes laborals o disminució del rendiment.

Així doncs, més enllà de la part individual de la persona amb depressió, aquesta afectació s'estén al conjunt de la societat. Amb un impacte econòmic a la comunitat, amb el cost directe públic, associat principalment a l'ús de serveis i consum de fàrmacs, però també dels costos indirectes derivats en bona mesura de la incapacitat, pèrdua o restricció de la capacitat laboral atribuïble a la malaltia i per despeses de mortalitat, amb pèrdua de productivitat (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2009).

Per altre banda, no hem d'oblidar l'impacte que aquests trastorns tenen entre les persones cuidadores, rol que habitualment recau en el nucli familiar, amb un impacte negatiu sobre la salut mental d'aquests derivat de preocupacions, tensions relacionals, situacions d'estrès i ansietat, entre d'altres motius, que en ocasions acaben requerint l'abordatge per part de professionals de la salut. Tanmateix i en el cas de que hi hagi nens al càrrec, s'han identificat en aquests alteracions greus de la conducta, pèrdua de gana, insomni i una disminució en el temps de joc i en l'assistència a l'escola (van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004).

A Espanya, es va calcular una càrrega econòmica de la depressió estimada en 5.005 milions d'euros anuals, amb una distribució de les despeses semblant a l'europea, amb un 71% indirectes i un 29% directes (Sobocki, Jönsson, Angst, & Rehnberg, 2006). Malauradament, lluny de presentar una millora respecte aquestes dades amb el pas del temps, l'estudi CostDep-2006 (GeneralitatdeCatalunya, 2011) quantificava a Catalunya en una despesa de 735,4 milions d'euros entre costos directes i indirectes associats a la depressió. Fet que s'associa a la combinació de diversos factors, entre els quals s'identifiquen l'alta prevalença d'aquest trastorn, un increment de l'incidència en els països desenvolupats, l'elevat consum de recursos sanitaris, els efectes sobre el funcionament general, la pèrdua associada de

productivitat i ocupació i el fet de tenir un impacte sobre la discapacitat, proporcionalment més elevat que el derivat d'altres malalties cròniques.

Amb tot això, no és d'estranyar que en l'actual context socioeconòmic de crisi econòmica, la depressió es troba entre els principals problemes crònics de salut.

1.4. Factors de risc

Perquè em passa a mi això? és una pregunta que probablement, especialment en els estadis inicials, es formularà la persona afectada per un trastorn psiquiàtric. Obtenir una resposta però, en ocasions pot implicar les seves dificultats, especialment per aquells diagnòstics amb un origen multifactorial.

Considerada com a procés un complex, la depressió engloba un ampli grup de factors de risc, sense que aquests hagin pogut ser identificats en la seva totalitat així com tampoc les seves possibles múltiples interaccions.

Tot i les limitacions existents, es disposen d'algunes variables concretes reconegudes per la seva associació respecte el risc de depressió, entre les que s'identifiquen els següents factors biològics, psicològics i socials (Ministerio de Sanidad, 2014):

- Factors biològics. La depressió pot iniciar-se en *qualsevol edat*, tot i això la seva major prevalença es produeix entre els 15 i els 45 anys. La simptomatologia del trastorn pot variar amb l'edat: presentat símptomes fonamentalment comportamentals en el cas dels joves, mentre que els adults grans tenen amb major freqüència símptomes somàtics. En relació al sexe, existeix una major prevalença i incidència entre les dones, arribant a doblar la proporció de casos masculins. Per altre banda s'identifica la relació amb una baixa presència o desequilibri en la funció de determinats *neurotransmissors*, com la

serotonina o la noradrenalina. Les malalties cròniques, tant físiques com mentals i la seva possible associació amb el consum d'alcohol i tabac, també són factors de risc importants. Persones amb antecedents familiars amb depressió major (familiars de primer, segon i tercer grau), també constitueixen un grup de risc. Amb el doble de possibilitats de presentar TDM respecte la població general, en el cas de familiars de primer grau de persones amb TDM. Cal matissar que en aquest darrer cas, a banda de motius genètics, també es contempla que el fet de viure en una família on es pateix depressió genera condicions ambientals o psicològiques determinades que poden ser en si mateixes un factor estressant que pot influir alhora de patir-ne.

- Factors psicològics. Els trets neuròtics de la personalitat i l'ansietat s'associen a una major incidència de casos i recaigudes de depressió. En els casos amb antecedents de trastorn de pànic, especialment entre homes, s'ha observat una correlació amb el risc a desenvolupar depressió major.

La presència de característiques cognitives com esquemes de pensament negatiu o automàtics, distorsions cognitives, creences disfuncionals, la reactivitat cap a esdeveniments negatius, estils rumiadors de resposta i els biaixos atencionals, presenten un alt grau d'influència en el desenvolupament i manteniment de la depressió.

De la mateixa forma, presenten una major vulnerabilitat aquelles persones que han patit traumes físics o psicològics (Generalitat de Catalunya, 2015). Per altre banda, en els darrers anys ha esdevingut un creixent interès per l'estudi de la variable d'*espiritualitat* en relació als trastorns mentals (Bonelli & Koenig, 2013), a partir del qual es reconeix una correlació entre la participació religiosa o espiritual amb una millor salut mental en la depressió i el risc de suïcidi. I tanmateix, és reconeguda *l'adherència al tractament* com un dels factors claus en la recuperació i un posterior resultat clínic més favorable (Acosta, Rodríguez, & Carbrera, 2013).

- Factors socials. Existeix una manca d'efectes significatius respecte *condició ètnica* en les taxes de prevalença, tot i que numèricament s'identifica una major proporció entre els sud asiàtics. La migració ha estat alta a Europa en les últimes dues dècades, però les dades sobre la salut mental és escassa i els resultats poden variar entre grups migratoris. Entre els grups socioeconòmics i ocupacionals més desfavorits existeixen índex més elevats de depressió, al mateix temps, que la *situació laboral*, evidencia que les persones a l'atur, discapacitats i amb baixa laboral per malaltia o per maternitat, presenten un major risc. La manca de *suport social* o un suport social negatiu pot contribuir en el desenvolupament de la depressió. Un suport social bàsic inclou una relació humana de confiança que propici intimitat i proximitat. El fet de disposar d'amics i familiars seria un bon indicador al respecte. Pel que fa a l'*estat civil*, es reconeix una major propensió entre les persones separades, divorciades o que visquin soles o amb un dels pares (pare o mare). Respecte *el nivell d'educació*, l'absència de qualificació educativa està associat amb la propensió a la depressió. Segons el *lloc de residència*, les persones que viuen en habitatges de protecció oficial, aquelles que s'han traslladat 3 o més vegades en els últims 2 anys i viure en un entorn urbà, presenten un major risc.

Amb l'objectiu de quantificar el risc global de la depressió, així com d'obtenir informació sobre els factors de risc de cada persona afectada que podrien guiar-ne la seva prevenció, l'estudi PredictD (King et al., 2008), realitzat a 6 països europeus i Xile en l'àmbit d'atenció primària, va incloure els següents factors: edat, sexe, nivell educatiu, resultats de cribratges previs de depressió, història familiar de problemes psicològics, salut física i mental, dificultats econòmiques i experiències de discriminació. Recentment el projecte predictD-CCRT (Mendive, 2015) realitzat a Espanya, ha plantejat el desenvolupament d'intervencions adaptades per nivell de risc i els factors de risc específics presents en cada pacient, en base a aquest mateix algoritme, predictD.

1.5. Tractament

Les guies clíniques sobre la depressió en adults, proposen un model d'intervenció, el qual proporciona un marc organitzatiu de les prestacions i serveis i un suport per a les persones amb depressió, els cuidadors i els professionals de la salut, alhora d'identificar i accedir a les intervencions més eficaces. I tot i que existeixen diversos models i intervencions d'atenció a la depressió, actualment el model més reconegut, recomanat per les principals guies clíniques especialitzades, és el basat en una intervenció de tipus esglaonada en base a la severitat de la depressió i que prioritza aquelles accions menys intrusives (Ministerio de Sanidad, 2014; The British Psychological Society & The Royal Coll, 2009). Segons aquest model s'identifiquen els següents passos:

Pas 1. Reconeixement, avaluació i maneig inicial de la depressió. Inclou les següents indicacions: Identificar a les persones amb possible depressió; Realitzar avaluació exhaustiva i Avaluació de risc i control.

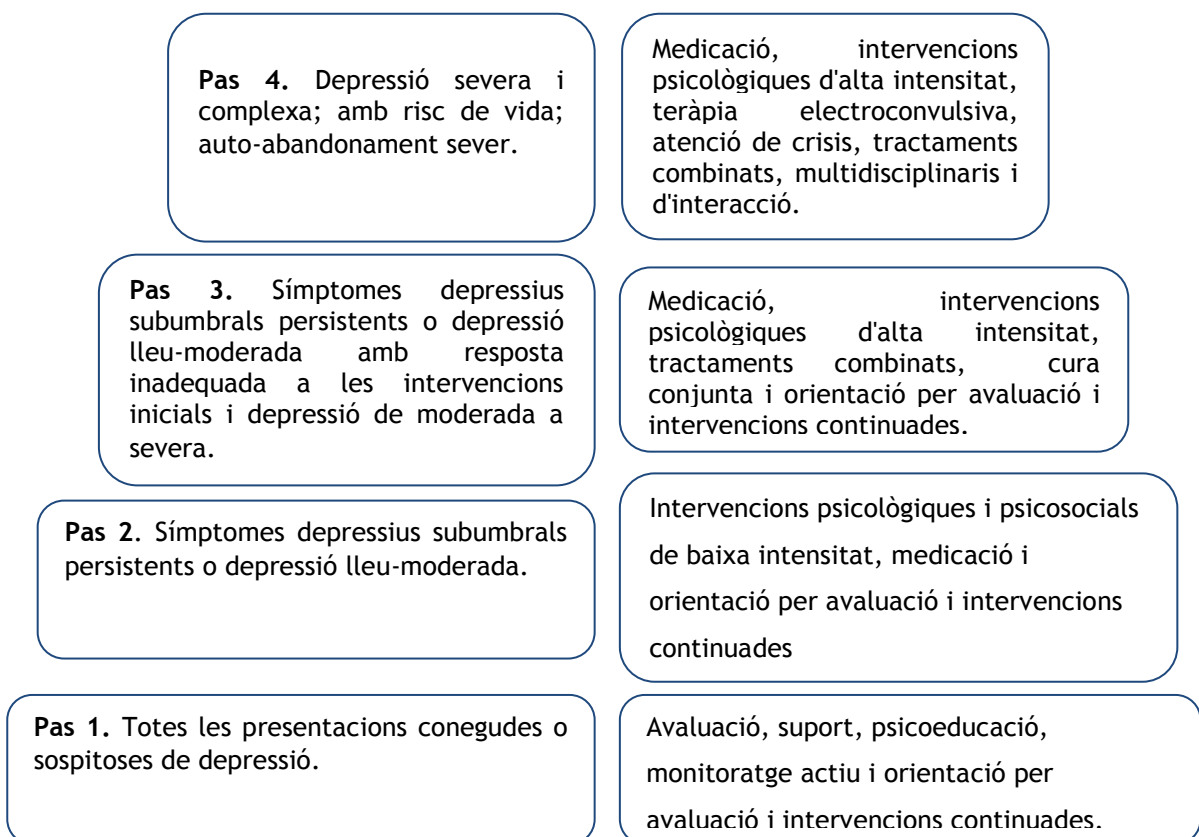
Pas 2. Depressió reconeguda - símptomes depressius persistents per sota del llindar o depressió lleu-moderada. Inclou les següents indicacions: Mesures generals; Intervencions psicològiques i psicosocials i limitació de l'ús de tractament farmacològic reservant-lo en casos excepcionals.

Pas 3. Símptomes depressius persistents per sota del llindar o depressió lleu-moderada amb resposta inadequada a les intervencions inicials i depressió de moderada a severa. En el cas de que no hagi millorat amb una intervenció psicosocial de baixa intensitat, es contempla informar i oferir a la persona les següents opcions: antidepressiu (ISRS), intervenció psicològica d'alta intensitat i en el cas de la no acceptació d'alguna d'aquestes opcions, s'indica la proposta de counselling o psicoteràpia psicodinàmica breu. Per a persones amb depressió de moderada a severa, és indicada la combinació d'antidepressius amb una intervenció psicològica d'alta intensitat.

Pas 4. Depressió complexa o severa. S'avaluarà el perfil de símptomes, risc de suïcidi, història de tractament i comorbiditat. Les intervencions poden incloure tractament farmacològic, intervencions psicològiques d'alta intensitat, teràpia electroconvulsiva, així com d'altres teràpies físiques, tractaments combinats, equips de resolució de crisis o maneig domiciliari. Es contemplarà l' internament de l'usuari en aquells casos amb presència de risc de suïcidi o de descuidar-se de si mateixos, si es pretén oferir tot el rang d'intervencions psicològiques d'alta intensitat o per a aquelles persones que es poden beneficiar d'una alta a curt plaç.

Tot seguit es resumeix aquests procés a seguir a partir de la simptomatologia que presenta l'usuari acompanyat de la tasca assistencial a realitzar.

Taula 5. Model d'atenció esglaonada



Adaptació "The stepped-care model" (The British Psychological Society & The Royal Coll, 2009)

Algunes de les premisses de les que parteix aquest model son la potenciació del treball multidisciplinar i la col·laboració entre atenció primària i especialitzada. L'atenció s'estratifica de forma que el primer esgrao proposat és l'interevenció menys intensiva (Ministerio de Sanidad, 2014).

Avaluació i cribratge. L'avaluació de la depressió requereix d'un enfoc ampli que va més enllà del recompte simptomatològic. A nivell estatal, la Guia Pràctica Clínica sobre el maneig de la depressió en l'adult (Ministerio de Sanidad, 2014) reconeix l'entrevista clínica com el procediment essencial per al seu diagnòstic.

Degut a l'existència multifactorial que pot intervenir en el desenvolupament, curs i gravetat de la depressió, entre les àrees bàsiques a avaluar se'n destaquen:

- Característiques de l'episodi: durada, quantitat i intensitat dels símptomes, així com possible comorbiditat.
- Avaluació psicosocial (suport social i relacions interpersonals).
- Grau de disfunció o discapacitat associats.
- Resposta passada al tractament.
- Avaluació de la seguretat i del risc de suïcidi.

Tanmateix, l'entrevista i el judici clínic, poden ser complementats per els criteris i símptomes d'avaluació orientatius que ofereixen els manuals CIE i DSM. Els qüestionaris d'avaluació de la depressió, també són útils en el diagnòstic, així com per a la valoració del nivell de gravetat i de seguiment clínic i resposta al tractament. D'entre la diversitat d'instruments que han demostrat la seva eficàcia per a l'avaluació de la depressió, se'n destaquen per el seu us generalitzat: el Beck Depression Inventory (BDI), la Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale i el Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9), tots ells amb disponibilitat de versió adaptada i validada al castellà.

Per a la selecció de la modalitat i l'àmbit de tractament es recomana de contemplar les troballes clíniques i d'altres factors, com la història prèvia, la disponibilitat dels tractaments, balanç de risc-benefici, opcions alternatives, la preferència dels usuaris i la capacitat de suport i contenció de l'entorn.

A continuació, s'exposen breument les propostes existents en la literatura en relació als tractaments que s'han dut a terme per a la depressió, organitzats de menor a major intensitat, en consonància al model esgraonat. Presentant en primer lloc les intervencions psicosocials i psicològiques, posteriorment els abordatges de caràcter farmacològic i finalment referenciant aquelles estratègies recomanades per als casos de depressió resistent als tractaments previs.

1.5.1. Intervencions psicosocials de baixa intensitat.

Es recomana la seva consideració com a tractament d'inici dels casos de depressió lleu a moderada. El National Health Service (IAPT, 2010) defineix les teràpies de baixa intensitat com aquelles que fan servir enfocaments menys complexos que la psicoteràpia, en què el contacte amb els usuaris és més breu i que pot ser dut a terme per professionals amb menor grau d'especialització, utilitzant mètodes no tradicionals com el telèfon o internet. Segons aquesta definició, la intensitat és definida per les següents característiques: la complexitat de la intervenció, la durada del contacte amb els professionals, el nivell de qualificació dels mateixos i el format de la intervenció. Una altra definició d'intervencions de baixa intensitat destaca la seva orientació a l'augment del volum d'accés a les mateixes i de la provisió de flexibilitat i la possibilitat d'elecció.

Entre les intervencions psicosocials de baixa intensitat, recomanades en l'abordatge de la depressió per la seva evidència científica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010), se'n destaquen:

- Programa d'activitat física a partir d'un grup estructurat adaptat al problema de salut de la persona. Normalment consisteix en dues o tres sessions per setmana de durada moderada (45 minuts a 1 hora) durant 10 a 14 setmanes (mitjana 12 setmanes).
- Participació en reunions grupals de persones amb un mateix problema crònic de salut. Centrat en l'intercanvi d'experiències i sentiments associats amb tenir un problema de salut físic crònic, amb suport professional per afavorir-ne l'assistència a les reunions, així com per aportar coneixements sobre la depressió.
- Intervencions d' autoajuda basades en principis de teràpia cognitiu conductual (TCC). Compten amb el suport d'un professional capacitada, que normalment estimula i reforça el procés d' autoajuda, mitjançant un retorn sobre l'evolució i resultats. Consta d'un promig de sis a vuit sessions, en format cara a cara o per telèfon. I normalment es duen a terme al llarg d'un període que va de 9 a 12 setmanes, incloent el seguiment.
- TCC computeritzada. Es proporciona a través d'un programa d'ordinador o en una web independent que inclou una explicació del model de TCC. Es fomenten les tasques entre sessions, s'utilitzen reptes així com una supervisió activa de la conducta i els patrons de pensament. Es compta amb suport professional per al desenvolupament del programa i l'aportació d'opinions sobre l'evolució i resultats esdevinguts. Solen tenir lloc entre 9 i 12 setmanes, incloent el seguiment.
- *Counselling*. Procés sistemàtic que dona als individus l'oportunitat d'explorar, descobrir i aclarir les maneres de viure amb més recursos, amb una major sensació de benestar.

Respecte a les formes d'administració les intervencions psicossocials de baixa intensitat, no s'han identificat diferències, per exemple entre la realització d'exercici físic aeròbic o anaeròbic en els programes d'activitat física o l'ús d'internet o d'un programa d'ordinador en el cas de la TCC computeritzada. Per altre banda s'indica que els programes d'autoajuda guiada i de TCC computeritzada es basin en els principis de la teràpia cognitiu conductual i que l'activitat física es realitzi de forma grupal.

La decisió sobre quina intervenció oferir, contemplarà les preferències personals de l'usuari.

1.5.2. Intervencions psicològiques d'alta intensitat

S'utilitzen de forma comú en l'abordatge de l'ansietat moderada i greu així com per als trastorns depressius. Respecte a la depressió, s'indica el seu us en aquells casos que no han respost a les intervencions de baixa intensitat o bé per a aquells amb depressió moderada - greu (National Collaborating Centre for Mental Health., 2009). Aquest tipus d'intervencions poden ser desenvolupades per una sèrie de professionals degudament capacitats, entre els que són reconeguts: psicoterapeutes, psicòlegs clínics, infermeres i terapeutes ocupacionals.

Entre les intervencions psicològiques d'alta intensitat, recomanades en l'abordatge de la depressió per la seva evidència científica (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010), se'n destaquen:

- *Teràpies cognitiu conductuals.* Intervencions psicològiques estructurades limitades en el temps, derivades del model cognitiu conductual dels trastorns afectius. Caracteritzades perquè l'usuari treballa en col·laboració amb el terapeuta per identificar els tipus i efectes de pensaments, creences i interpretacions sobre els símptomes actuals, estats de les sensacions i àrees problemàtiques; desenvolupa habilitats per identificar, monitoritzar i després contrarestar

pensaments problemàtics, creences i interpretacions relacionades amb els símptomes diana o problemes; aprèn un repertori d'habilitats apropiades per a l'objectiu pensaments, creences o àrees amb problemes d'afrontament.

- *Activació conductual.* Intervenció psicològica estructurada, limitada en el temps, derivada del model de comportament dels trastorns afectius. Caracteritzada perquè el terapeuta i l'usuari: treballen en col·laboració per identificar els efectes dels comportaments en els símptomes actuals, sentiments estats i àrees problemàtiques. Tracten de reduir els símptomes i conductes problemàtiques a través de les tasques de comportament relacionats amb: la reducció de l'evitació, exposició gradual, la programació d'activitats, i iniciant conductes reforçades positivament.
- *Resolució de problemes.* Intervenció psicològica estructurada limitada en el temps, centrada en l'aprenentatge per a gestionar les àrees problemàtiques específiques. Caracteritzada perquè el terapeuta i l'usuari: treballen en col·laboració per identificar i prioritzar les àrees problemàtiques clau, per trencar problemes en tasques específiques i manejables, resoldre problemes i desenvolupar conductes d'afrontament adequades per als problemes.
- *Teràpia de parella.* Intervenció psicològica estructurada limitada en el temps, derivada del model de processos d'interacció en les relacions, on: la intervenció té com a objectiu ajudar als participants a comprendre els efectes de les seves interaccions amb els altres, com a factors en el desenvolupament i manteniment dels símptomes i problemes. L'objectiu és canviar la naturalesa de les interaccions, de manera que els participants poden desenvolupar relacions de suport i menys conflictives.
- *Teràpia interpersonal.* Intervenció psicològica estructurada limitada en el temps derivada del model interpersonal dels trastorns afectius que

es centra en qüestions interpersonals. Caracteritzada perquè el terapeuta i l'usuari: treballen en col·laboració per identificar els efectes de les àrees problemàtiques clau relacionades amb els conflictes interpersonals, transicions de rols, dolor i pèrdua, i habilitats socials, i els seus efectes sobre els símptomes actuals, sentiments estats i problemes. Es tracta de reduir els símptomes, aprenent a afrontar o resoldre aquestes àrees problemàtiques interpersonals.

- *Psicoteràpia psicodinàmica breu.* Intervenció psicològica derivada d'un model psicodinàmic o psicoanalític. Caracteritzada perquè el terapeuta i l'usuari exploren i aprofundeixen en els conflictes i com aquests estan representats en situacions i relacions actuals, incloent la relació terapèutica (per exemple, la transferència i la contratransferència). Això porta als usuaris a tenir la possibilitat d'explorar els sentiments i conflictes conscients i inconscients, originats en el passat, amb un enfocament tècnic d'interpretació i treball a través dels conflictes. La teràpia no és directiva i els destinataris no s'ensenyen habilitats específiques (per exemple, el pensament de monitorització, reavaluació, o la resolució de problemes).
- *Teràpia racional emotiva conductual.* Teràpia de relatiu curt termini, en general desenvolupada entre dues persones, que destapa i s'ocupa de les relacions entre els pensaments, sentiments i comportaments. Hi ha un èmfasi en abordar el pensament que sustenta els problemes emocionals i de comportament. Caracteritzada perquè l'usuari aprèn com examinar i desafiar aquells pensaments que no li son d'utilitat.

Entre adults amb depressió major, no s'han trobat diferències significatives en comparar les diferents intervencions psicoterapèutiques (teràpia cognitiu conductual, teràpia de resolució de problemes, teràpia psicodinàmica, entrenament en habilitats socials, counselling, teràpia interpersonal i activació conductual), ni entre formats individuals o grupals (Barth et al., 2013). Altrament, en funció del nivell de depressió, es proposen determinats

tractaments d'elecció. Per exemple, en el cas de la depressió lleu-moderada, es recomana considerar un tractament psicològic breu (com la teràpia cognitiu conductual o la teràpia de solució de problemes) 6 a 8 sessions durant 10-12 setmanes. Mentre que per la depressió moderada-greu es recomana la teràpia cognitiu conductual o la teràpia interpersonal, 16 a 20 sessions durant 5 mesos. I per a aquells casos de depressió crònica o recurrent, es recomana el tractament combinat de fàrmacs i teràpia cognitiu conductual.

1.5.3. Tractaments farmacològics

En general, com més greus són els símptomes de depressió més benefici produeix el tractament farmacològic. En els darrers 40 anys, els tractaments farmacològics per a la depressió s'han fonamentat en l'ús dels antidepressius (taula 6). El seu ús està dirigit a la millora dels símptomes associats a la depressió i n'existeixen diferents tipus diferenciats per la seva estructura química i mecanisme d'acció (Ministerio de Sanidad, 2014):

- **Antidepressius clàssics.** Introduïts a finals de la dècada de 1950, entre els quals s'hi troben:
 - *Inhibidors de la monoamino-oxidasa (IMAO).* Actuen inhibint la monoamino-oxidasa, encarregada de la metabolització de la noradrenalina i la serotonina. Presenten la seva major utilitzat en aquells casos de depressió resistents.
 - *Antidepressius tricíclics (ADT).* Exerceixen el seu efecte terapèutic mitjançant la reducció de la recaptació de serotonina i noradrenalina.

- **Nova generació.** Nova classe d'antidepressius caracteritzats per una major seguretat i tolerabilitat respecte els clàssics. Entre aquests es diferencien:
 - *Inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS).* Bloquegen la recaptació de serotonina, sense efecte significatiu sobre la noradrenalina o la dopamina.

- *Inhibidors selectius de la recaptació de dopamina i noradrenalina (IRDN)*. Amb la propietat d'inhibir la recaptació de noradrenalina i la dopamina dèbilment, amb una significativa capacitat activadora.
- *Inhibidors de la recaptació de noradrenalina i serotonina (IRSN)*. Exerceixen una acció inhibidòria sobre la recaptació de noradrenalina i de serotonina. Anomenats també antidepressius d'acció dual.
- *Antagonistes dels receptors serotoninèrgics 5-HT₂ i inhibidors febles de la captació de 5-HT (ASIR)*. Implicats en la inhibició de la recaptació de serotonina.
- *Antidepressiu noradrenèrgic i específic serotoninèrgic (NASSA)*. El seu mecanisme d'acció bloqueja els autoreceptors alfa-2-adrenèrgics potenciant la transmissió noradrenalina i serotonina de manera directe.
- *Inhibidors selectius de la recaptació de noradrenalina (IRNA)*. Exerceixen la seva acció inhibint la recaptació de noradrenalina, sense afectar a d'altres neurotransmissors.
- *Agonistes melatoninèrgics*. Amb acció melatoninèrgica per resincronitzar els ritmes biològics i potencia la transmissió de noradrenalina i dopamina.

Taula 6. Classificació antidepressius comercialitzats a Espanya (Ministerio de Sanidad, 2014)

	IMAO no selectius	Tranilcipromina
Antidepressius clàssics	IMAO selectiu MAO-A	Moclobemida
	Heterocíclics	Tricíclics: Imipramina, Clomipramina, Trimipamina, Amitriptilina, Nortriptilina, Doxepina Heterocíclics: Amoxapina, Mianserina, Maprotilina
Nova generació	ISRS	Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram
	IRDN	Bupropion
	IRSN	Venlafaxina, Desvenlafaxina, Duloxetina
	ASIR	Trazodona
	NASSA	Mirtazapina
	IRNA	Reboxetina
	Agonistes melatoninèrgics	Agomelatina

L'eficàcia del tractament farmacològic de la depressió major en els adults està ben documentada, tot i això existeix controvèrsia sobre quin antidepressiu és el més idoni. En l'actualitat els ISRS son els antidepressius amb una major evidència i un millor balanç risc-benefici, fet per el qual es contempen com a opció prioritària per a l'inici de tractament. En tot cas, es recomana que la selecció del tractament farmacològic, es basi principalment en el perfil d'efectes secundaris i la seva tolerabilitat, la seguretat i les propietats farmacològiques, així com d'altres factors com la resposta prèvia al tractament, les despeses i les preferències de l'usuari.

Per altre banda, en els darrers anys s'ha produït un qüestionament de l'eficàcia dels fàrmacs antidepressius (Kirsch et al., 2008), amb un reconeixement de que si bé els trastorns depressius acostumen a millorar amb aquests, la persistència de símptomes residuals sembla ser encara la norma (Fava et al., 2007), fet que s'ha associat al risc de presentar nous episodis o

recaigudes, i major rapidesa en la seva aparició (Paykel et al., 1995; Judd, Akiskal, & Paulus, 1997). Entre els símptomes depressius residuals descrits amb més freqüència es troben: símptomes afectius (ànim deprimit, pèrdua d'interès i plaer, apatia, ansietat psíquica i somàtica); símptomes somàtics (fatiga, símptomes somàtics sense causa orgànica evident, gastrointestinals i de l'esfera sexual) i símptomes cognitius i alteracions de la son (Nierenberg et al., 1999; Fava, 2006; Vieta et al, 2008).

La percepció subjectiva de la persona afectada resulta un element especialment valuós en un tema com el dels símptomes residuals i la presència de característiques de salut mental positives com l'optimisme, vigor i autoconfiança, associades a “trobar-se a un mateix com era abans” així com la tornada al nivell funcional normal, són per als usuaris, indicadors de remissió més fiables que l'absència de símptomes depressius (Zimmerman et al., 2006), on sovint la medicació és parcialment eficaç per posar remei a aquestes deficiències psicosocials (Erickson & David J, 2011).

1.5.4. Depressió complexa i severa

Tot i els avenços realitzats en el tractaments dels trastorns afectius, existeix una minoria substancial d'usuaris que no responen adequadament al tractament (tant farmacològic, psicològic i psicosocial), donant lloc a respostes incomplertes o fins i tot d'absència de resposta. Per a aquests casos de depressió, identificats com a resistent, es proposa l'ús de combinacions de tractaments, entre els que destaquen la psicoteràpia en combinació amb tractament farmacològic o estratègies farmacològiques entre les que es contempla: l'increment de dosis, el canvi d'antidepressiu, la combinació d'antidepressius i la potenciació amb d'altres agents farmacològics (Shelton, Osuntokun, Heinloth, & Corya, 2010).

En algunes ocasions, en casos de depressió greu que requereixin d'una resposta ràpida degut a una alta intencionalitat suïcida, deteriorament físic greu o en el cas de que altres tractaments no hagin sorgit efecte, està indicat

l'ús de la teràpia electroconvulsiva (TEC), considerada com una tècnica segura, consistent en provocar una crisi comicial generalitzada mitjançant una estimulació elèctrica del sistema nerviós central. Es valorarà l'ingrés hospitalari o la resolució de crisis i tractaments a la llar amb equips en aquelles situacions amb presència d'elevat risc de suïcidi, depressió greu acompanyada de simptomatologia psicòtica, comorbiditat greu o depressió greu amb absència de suport greu (Ministerio de Sanidad, 2014).

1.6. Itinerari assistencial a la comarca d'Osona

En consonància amb les indicacions del model prevalent, l'actual ruta assistencial de la depressió a Osona (SISO. Servei Integral de Salut d'Osona, 2012), planteja una intervenció esglaonada alineada al moment evolutiu de la depressió (taula 7). Tal com s'ha identificat amb anterioritat, aquest model prioritza l'ús d'aquelles accions menys intrusives, entre les quals s'identifiquen estratègies terapèutiques com: la psicoeducació, el counselling, l'autoajuda i la resolució de problemes i promoció d'estils de vida saludables (Alimentació, exercici físic, pautes d'higiene del son...), especialment per als casos de depressió major lleu, amb una recomanació limitada i específica respecte l'ús de fàrmacs antidepressius.

Taula 7. Resum ruta assistencial depressió d'Osona (SISO. Servei Integral de Salut d'Osona, 2012)

Moment evolutiu	Com	Qui	On	Quan	Actuació
DEPRESSIÓ MAJOR LLEU	<p>Diagnòstic:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivell funcional conservat PHQ-9: 10-14 <p>Seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> PHQ-9 EEAG Risc de suïcidi Risc social 	El seguiment serà realitzat per L'EAP	ABS	El seguiment serà cada 15 dies alternant visites entre els diferents professionals fins a resposta clínica	<ul style="list-style-type: none"> Abordatge no farmacològic (psicoeducació, counselling, autoajuda...) Fàrmacs antidepressius en antecedents de depressió, malalties mèdiques cròniques i altres problemes de salut mental.
DEPRESSIÓ MAJOR MODERADA	<p>Diagnòstic:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nivell funcional afectat PHQ-9: 15-19 <p>Seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> PHQ-9 EEAG Risc de suïcidi Risc social 	El seguiment serà realitzat per L'EAP, o l'equip del CSM si hi ha resistència al tractament	ABS / CSM	El seguiment serà cada 15 dies alternant visites entre els diferents professionals fins a resposta clínica	<ul style="list-style-type: none"> Abordatge farmacològic (ISRS o altre grup terapèutic si efectes adversos, resistència o preferència del pacient) El psiquiatre valorarà psicoteràpia segons criteris de derivació.
DEPRESSIÓ MAJOR GREU	<p>Diagnòstic:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incapacitat funcional i/o risc vital PHQ-9: 20-27 <p>Seguiment</p> <ul style="list-style-type: none"> PHQ-9 EEAG Risc de suïcidi Risc social 	El seguiment serà realitzat per L'equip de CSM	CSM	El seguiment serà cada 15 dies alternant visites entre els diferents professionals fins a resposta clínica	<ul style="list-style-type: none"> Abordatge farmacològic Valorar: <ul style="list-style-type: none"> TEC Psicoteràpia Teràpia ocupacional i/o derivació a SRC Ingrés hospitalari

Respecte a la ruta assistencial de la depressió d'Osona, es reconeixen l'ABS i el CSMA com a recursos de referència en l'abordatge de la depressió, i en el moment d'inici i desenvolupament del present treball d'investigació, s'identifiquen limitacions respecte desenvolupament d'intervencions psicosocials adreçades a les persones afectades de depressió, i en concret amb una absència d'intervencions grupals.

Per altre banda, el nombre de persones amb diagnòstic de depressió clínica ateses des del SRC d'Osona en els darrers anys (taula 8), és significativament baix, tractant-se de trastorn mental amb major prevalença a la comunitat.

Taula 8. Persones amb diagnòstic de depressió clínica ateses des del SRC d'Osona

	2011	2012	2013
Percentatge de persones amb depressió ateses des del SRC d'Osona en els darrers 3 anys	4 persones (3,8%)	3 persones (3%)	3 persones (3,4%)

Entre els possibles motius que poden ajudar a comprendre aquesta realitat, es manifesta una arrelada tradició respecte l'atenció d'aquest perfil de diagnòstics, l'abordatge dels quals tendeix a centralitzar-se en els recursos d'atenció primària (Generalitat de Catalunya, 2010). Al mateix temps, s'identifica una dificultat per a l'activació conductual i la participació comunitària entre les persones afectades de depressió, conseqüència de la seva característica triada simptomatològica d'apatia, abúlia i anhedonia (Barraca, Mairal, 2009).

1.7. Resum, sobre la Depressió

- ✓ Considerat entre els trastorn mentals amb una major prevalença en la població general i una de les principals causes de discapacitat a nivell mundial.
- ✓ Amb una prevalença que supera el 10% de la població. S'identifica d'un progressiu increment en els darrers anys associat a la crisi socioeconòmica.
- ✓ El seu origen pot ser de caire endogen, psicogen o orgànic. Presentant factors de risc associats de tipus biològic, psicològic i social.
- ✓ Caracteritzada per la presència d'un conjunt de símptomes durant un període de temps sostingut, entre els que se'n destaquen un estat d'ànim depressiu predominant o d'apatia acusada, associat a trastorns del son o de la gana, sentiments de culpa o falta d'autoestima, sensació de desesperança i solitud.
- ✓ Agrupada en la categoria dels trastorns depressius per el DMS V i dels trastorns de l' humor (afectius) per el CIM-10, depenent de la combinació i la durada dels símptomes, es pot classificar en diversos trastorns o episodis entre els quals se'n destaquen els trastorns depressiu major i depressiu persistent (DSM) o els episodis depressiu i depressiu recurrent (CIM-10).
- ✓ En funció de la gravetat dels símptomes aquesta podrà ser considerada: lleu, moderada o greu.
- ✓ Per al seu tractament es recomana una intervenció de tipus esglaonada determinada pel grau de severitat, donant prioritat a aquelles accions menys intrusives.
- ✓ Entre les principals línies d'intervenció es diferencien les de caràcter psicosocials, psicològic i farmacològic.
- ✓ En l'itinerari assistencial a la comarca d'Osona s'identifiquen limitacions en l'àmbit de les intervencions psicosocials.

2. OCUPACIÓ

*Contràriament al que pensa la majoria,
la felicitat no és quelcom que simplement ens succeeixi.*

És quelcom que nosaltres fem succeir.

(Mihaly Csikszentmihalyi)

2.1. La naturalesa ocupacional de les persones

Vestir-se, tocar la guitarra, preparar un plat de mongetes amb botifarra, estudiar per treure's el permís de conduir, fer la bugada, jugar un partit de pàdel, dutxar-se, portar els nens al col·legi... són algunes de les activitats que una persona pot fer al llarg del dia. Des de la perspectiva de la teràpia ocupacional, es contempla que l'ésser humà és actiu per naturalesa i ocupa el seu temps en activitats encaminades a respondre a les seves necessitats i desitjos. El conjunt d'activitats i tasques de la vida quotidiana que desenvolupem es caracteritza per una intencionalitat i propòsit. I aquests són regits per la singularitat d'unes qualitats físiques, mentals, socials i espirituals, que conformen el que es coneix amb el nom d'ocupacions. És per això que es contempla l'ocupació, com aquella activitat principal de l'ésser humà, a través de la qual la persona resol les necessitats bàsiques, dona sentit i autorealització (Kielhofner, 2004; Townsend & Polatajko, 2007).

Mary Reilly (1962) va afirmar que les persones tenen una necessitat vital per a l'ocupació i que el seu sistema nerviós central exigeix els estímuls rics i variats que la resolució de problemes de la vida li ofereix. Complementant aquest enfocament, Ann A. Wilcock (1998) suggereix que les dues funcions evolutives de l'ocupació són la supervivència i la salut. De supervivència en la mesura en que aquestes permeten a l'ésser humà satisfer les seves necessitats bàsiques de seguretat, aliments, aigua, calor i refugi. Mentre que de salut, afavorint l'exercici i l'equilibri de les capacitats físiques, mentals i socials.

Depenent de la seva finalitat, l'ocupació de les persones, pot ser organitzada en tres categories bàsiques. *L'Autocura o cura personal*, inclou aquelles activitats orientades a la cura del propi cos, que permeten tenir-lo en un cert nivell de funcionament com podrien ser: menjar, dutxar-se o vestir-se de forma adequada a l'època de l'any. *La Productivitat*, seria una altre de les categories relacionada amb contribuir al manteniment o el progrés de la societat, així com a la pròpia supervivència o el desenvolupament de

l'individu. I una tercera categoria és *l'Oci*, desenvolupat durant el temps lliure i relacionat amb el plaer. Cada persona busca un equilibri saludable de les ocupacions que li és còmode, però l'atenció indeguda a una ocupació o categoria d'ocupació, amb exclusió de les altres pot portar al desequilibri (Creek & Lougher Van, Bruggen, 2008).

Ann A Wilcock (2006), va més enllà d'identificar la importància de participar en activitats, fent referència a una identitat ocupacional. Argumenta que totes les persones tenen necessitats molt similars, però que cadascuna té un potencial únic, i que la salut i el benestar depenen de la possibilitat de desenvolupar-lo. Al mateix temps reforça el fet de vetllar pel manteniment d'un equilibri ocupacional, amb l'objectiu de preservar el desenvolupament de les capacitats de l'individu en cadascuna de les seves diferents àrees, ja siguin físiques, mentals o socials. Però afegeix que l'equilibri entre les diferents àrees ocupacionals, és insuficient si no es té en compte el potencial individual que cadascú té *per arribar a ser*.

La participació en les activitats que són apropiades a l'edat i la cultura permet connectar l'individu en la seva pròpia comunitat i conduir a un sentit de connexió amb els altres. Per contra, una incapacitat per realitzar les activitats que es consideren normals en la societat, o que l'individu consideraria apropiat per a si mateix, pot conduir a la sensació d'exclusió i inutilitat.

La trajectòria individual en la qual intervenen les capacitats personals, les exigències ocupacionals i les demandes del medi ambient configuren el que es coneix amb el nom de *desenvolupament ocupacional*. Aquest dona resposta a les necessitats vitals de l'individu, afavorint-ne la cobertura de les demandes socials de la seva comunitat de pertinença i esdevenint element d'expressió i de distinció, alhora que en permet la construcció d'una identitat personal i sociocultural (Kielhofner, 2004; Townsend, 2002). En aquest sentit, Betty Hasselkus (2002), reconeix una necessitat de recerca i creació de significat de l'existència entre les persones, i en destaca la funció de l'activitat en la

mesura en que aquesta permet a la persona la interpretació d'aquestes a través del fer.

2.2. L'ús terapèutic de l'Ocupació en salut mental

L'ocupació ha tingut un paper central en l'existència humana. La salut i l'ocupació estan directament relacionades, en tant que amb la pèrdua de salut disminueix la capacitat per estar fent alguna activitat (Reed & Sanderson, 1999). L'ús terapèutic de l'activitat i el moviment és present en les antigues civilitzacions. Ja en l'antiga Xina (2600 aC) s'associava la malaltia a la inactivitat orgànica i per compensar s'utilitzava l'entrenament físic. Respecte la implantació del seu ús en el camp de la salut mental, s'identifiquen els primers vestigis a l'Europa del segle XVIII associat a l'evolució d'un *moviment de tractament moral* adreçat a les persones amb malaltia mental -val la pena no perdre de vista que prèviament aquests eren tractats com a presoners- que buscava fomentar la bondat i el valor terapèutic de la participació en activitats útils.

El seu ús, en el camp de la salut mental, s'arrela posteriorment, amb el moviment d'higiene mental a principis del segle XX, amb la conseqüent desinstitucionalització de les persones amb malaltia mental, que van culminar en la Llei de Salut Mental de la Comunitat de 1963 (Scheinoltz, 2010). I sobre la dècada dels 60, Mary Reilly interessada per la rellevància del sistema nerviós central amb l'actuació humana i a través del desenvolupament d'habilitats i competències dels usuaris, va començar a construir un marc de referència que combina el coneixement de les neurociències amb les teories de la motivació intrínseca i la psicologia social (Creek & Lougher Van, Bruggen, 2008).

La literatura científica recent, compta amb diversos estudis que han demostrat beneficis generals de l'ocupació en la salut mental (Kelly, Lamont, & Brunero, 2010). D'aquests se n'identifiquen múltiples similituds subjacents a

les característiques beneficioses de l'ocupació. Aquestes característiques inclouen el restabliment de la rutina; l'adquisició d'habilitats, de competència, de productivitat i dels sentiments de significat i propòsit; la normalització; i un ambient segur, un sentit del suport social i la cohesió. D'aquesta forma, el compromís ocupacional es tradueix en la millora de l'autoconcepte i la salut mental.

Els éssers humans tenim un cervell gran i complex que ens dóna capacitats altament desenvolupades per l'abstracció, l'aprenentatge, la curiositat i el comportament exploratori (Wilcock 2006). Aquestes capacitats ens predisposen d'un alt potencial d'adaptabilitat i encara que gran part de l'adaptació a ambients específics tingui lloc a l'infància, conservem la capacitat de canviar la resposta a les circumstàncies canviants a través de les nostres conductes i hàbits. Per altre banda, l'aprenentatge o el reaprenentatge d'habilitats per donar suport al desenvolupament del rang desitjat d'ocupació, així com la recerca d'ocupacions alternatives per satisfer les necessitats personals, n'afavoreixen l'adaptabilitat de la persona i del manteniment de la salut i la satisfacció amb la vida (Creek & Lougher Van,Bruggen, 2008).

En el cas de les persones afectades per un trastorn mental greu, és freqüent identificar la presència d'un estil de vida amb nivells baixos d'ocupació significativa, amb una repercussió persistent en múltiples àrees (laboral, vida independent, participació comunitària, funcionament relacional), així com el predomini d'activitats passives durant el temps lliure o de descans durant la major part del temps. Aquest fet pot associar-se amb un pobre equilibri ocupacional, baixa sensació de benestar i qualitat de vida, així com amb l'empitjorament de la malaltia mental (Creek & Lougher Van,Bruggen, 2008; Goldberg, Brintnell, & Goldberg, 2002). Al respecte, Mee, Sumison i Craick (Mee, Sumsion, & Craik, 2004) n'identifiquen la necessitat d'ocupació significativa entre les persones amb trastorn mental.

Des de la vessant de la prevenció i la promoció de la salut mental, també existeix una forta evidència a nivell mundial que recolza l'efectivitat de l'ocupació i dels programes basats en activitats (Arbesman, Bazyk, & Nochajski, 2013) que permeten l'abordatge de múltiples àrees entre col·lectius de nens i joves, entre les que se'n destaquen l'aprenentatge social i emocional.

2.3. Ocupació vers preocupació (activació conductual)

Mihaly Csikszentmihalyi (2008) descriu el "flow" com aquell estat mental en el que les persones es senten concentrades en una tasca i en gaudeixen amb ella en grau extrem, desconnectant de tot el que els rodeja, arribant a perdre la sensació del temps i de l'espai. Paral·lelament, la investigació ha demostrat que existeix una relació significativa entre l'estat d'ànim i el nombre d'activitats agradables en les que participem. I en el cas concret dels individus deprimits s'ha identificat que aquests presenten un menor nombre i freqüència d'involucració en aquestes (Cuijpers et al., 2007). En aquest sentit, l'activació conductual, cobra un especial interès i es contempla com un tractament emergent en l'abordatge de la depressió. Basada en la programació d'activitats agradables i un augment de la interacció positiva amb el propi entorn, mitjançant un procediment estructurat i breu, alhora que flexible, aquesta ofereix la possibilitat d'aprendre a controlar el propi estat d'ànim, així com de les activitats diàries. Alhora que es contempla com un tractament atractiu per a la depressió, no només per la seva relativa senzillesa, eficiència en el temps i una manca en el requeriment d'habilitats complexes per part d'usuaris o terapeuta, sinó també perquè ha demostrat indicis clars d'eficàcia (Cuijpers et al., 2007).

Fa més de quatre dècades Ferster (1973) explicava l'estat depressiu, des d'una perspectiva d'anàlisi funcional, com a conseqüència del descens de reforç positiu originat per la manca de conductes adaptatives, és a dir d'accions que podien portar a l'obtenció de gratificació derivat de la interacció amb d'altres

persones o directament per la mateixa activitat. Plantejava que el desenvolupament d'aquesta situació és progressiu: al principi el subjecte emet conductes per aconseguir reforçament però al no obtenir-lo, per diferents raons, comença a focalitzar sobre la seva situació de privació i a desatendre les fonts de reforçament de l'entorn. Simultàniament, disminueix el repertori de recursos adaptatius, situació que acaba derivant en un estat de passivitat general. Finalment, en percebre cada vegada més conseqüències aversives per les seves accions, el subjecte comença a actuar d'acord amb un paradigma d'escapament o evitació, des del qual es dona més atenció a la seva pròpia situació i redueix encara més el seu ventall de respostes. Aquesta situació es retroalimenta i condueix a l'estat característic dels subjectes que són diagnosticats de depressió (Barraca, 2009).

Sobre la base d'aquestes premisses han anat sorgint diferents tractaments conductuals aplicats a la depressió, que han anat evolucionant, passant per la incorporació d'estratègies cognitives a la dècada dels 80 i 90 donant lloc a les teràpies combinades o cognitiu conductuals, amb bons resultats empírics en la seva aplicació. De fet, tal i com argumentava Beck (1979) l'ús de tècniques conductuals pretenen també la promoció de canvis cognitius.

Amb el canvi de segle es reafirma el plantejament funcional de la teràpia de conducta aplicada a la depressió, amb la recuperació de tècniques comportamentals, que han donat lloc a l'aparició d'un *model breu d'activació conductual*, desenvolupat per Lejuez (2001). Aquest model més enllà de l'avaluació dels pensaments i les accions centra la seva atenció en les conseqüències que aquestes tenen en la persona afectada i dona pes al fet de que el subjecte amb depressió compregui la importància d'adoptar un rol actiu respecte el seu tractament, acceptant la situació i actuant d'acord als objectius establerts per possibilitar el canvi de l'estat anímic. És a dir, que no es tracta que esperi a millorar per actuar, si no que precisa actuar per millorar (Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

Es considera que el fet d'allunyar-se o trencar amb l'entorn habitual i interrompre les rutines presents en la seva vida, dificulta a la persona deprimida d'entrar en contacte amb aspectes vitals amb repercussió positiva sobre l'estat d'ànims, així com una progressiva pèrdua en la capacitat per a la resolució de problemes (Barraca, 2009). Per altre banda, Larson (1990) planteja l'adaptació com a resposta als canvis de l'individu, identificant que involucrar a les persones deprimides en ocupacions significatives pot generar noves conductes adaptatives i restablir conductes adaptatives anteriors. Per això proposa l'ús d'activitats, especialment les de caràcter professional i la participació social, per ajudar als usuaris a reclamar la seva pròpia identitat i aportar un sentit de significat i propòsit en les seves vides.

Però si els inicis de l'activació solen presentar les seves dificultats i resistències per si mateixos (recordem els nostres primers passos?, o la primera vegada que vàrem anar en bicicleta?...), en el cas de les persones afectades de depressió aquest fet s'accentua, partint d'una base amb nivells motivacionals baixos o nuls, amb una tendència anticipatòria pessimista associada a l'evitació per a l'inici d'activitats. És per aquest motiu que des de la vessant professional en el procés d'activació, s'evoca a vetllar per l'establiment d'una relació terapèutica acurada d'acompanyament, amb la capacitat del professional per a motivar, convèncer i oferir suport empàtic, entre els seus requisits imprescindibles (Barraca, 2009).

Per tant, establir una bona aliança terapèutica és bàsic per poder garantir l'activació conductual i aquesta és una responsabilitat que el professional ha de vetllar des del primer moment i de forma sostinguda, tant en la relació individual com en la grupal. Conseqüentment el model de *relació intencional* (Taylor, 2013) identifica que per tal de garantir un nivell de respostes adequades als esdeveniments interpersonals que sorgeixen en la teràpia, convé que el terapeuta disposi d'una determinada base d'habilitats interpersonals, sent aquestes resumides en nou categories (taula 9).

Taula 9. Habilitats interpersonals, modes terapèutics i passos en el procés interpersonal de raonament

HABILITATS INTERPERSONALS	METODES TERAPEUTICS	RAONAMENT INTERPERSONAL
- Comunicació terapèutica	Advocant	Anticipar
- Habilitats d'entrevista i qüestionament estratègic	Col·laborant	Identifica i afrontar
- Establint relació amb el client	Empatitzant	Determinar si es requereix canvi
- Famílies, sistemes socials i grups	Encoratjant	Escollir
- Treballant efectivament amb supervisors, treballadors i altres professionals	Instruint	
- Entendre i manejar el comportament interpersonal difícil	Resolent problemes	Captar la retroalimentació
- Descansos empàtics i conflicte		
- Conducta, valors i ètica professional		
- Autocura del terapeuta i desenvolupament professional		

2.4. Resum, sobre l'Ocupació

- ✓ Entenem per ocupació, l'activitat humana desenvolupada amb intencionalitat i propòsit, que permet a la persona el control i la regulació de la pròpia vida.
- ✓ L'ocupació permet la cobertura de les necessitats bàsiques i posseeix la capacitat d'influir en la salut.
- ✓ En funció de la seva finalitat, la podem categoritzar en: autocura, productivitat i oci. Requerint el manteniment d'un equilibri ocupacional entre aquestes per preservar una funcionalitat integral (biopsicosocial).
- ✓ La interacció de la persona, l'ambient i l'ocupació, dona lloc al que es coneix com a *desenvolupament ocupacional*. Aquest implica unes capacitats personals d'elecció, organització i desenvolupament.
- ✓ L'ocupació ha demostrat el seu potencial terapèutic en el camp de la salut mental associada al benestar i la qualitat de vida a través d'una millora funcional, emocional i d'integració social.
- ✓ Basada en la programació d'activitats agradables i una interacció positiva amb el propi l'entorn, l'activació conductual es contempla com a tractament psicològic emergent en l'abordatge de la depressió.
- ✓ L'aplicació de l'activació conductual en l'abordatge de la depressió parteix de dotar d'un rol actiu i responsabilitzador en la persona afectada, a través del desenvolupament supervisat i adaptat, d'activitats en el propi medi. Establint d'aquesta forma la possibilitat de generar noves conductes adaptatives i restablir conductes adaptatives anteriors, així com de propiciar canvis cognitius favorables.
- ✓ Per garantir l'èxit de l'activació conductual entre persones afectades de depressió convé disposar d'una bona aliança terapèutica.

3. L'OCI

*Tota persona te dret al descans, a gaudir del temps lliure,
a una limitació raonable de la durada del treball
i a vacances periòdiques pagades.*

*(Article 24 de la Declaració Universal dels Drets Humans,
del 10 de desembre de 1948)*

3.1. Concepte i significació de les activitats d'oci

D'entre les categories en les que es pot organitzar l'activitat humana, el treball, és aquella que gaudeix d'un major reconeixement social, entre d'altres motius probablement se'n destaca el fet d'estar associat a un poder adquisitiu, alhora que a una identitat professional. Però no totes les situacions personals permeten optar a un treball, tanmateix aquelles situacions en les que hi és present, també requereixen d'un oci que ajudi a compensar i restablir-ne un equilibri ocupacional. I és que a banda de ser un dret humà, l'oci tal com apunta Argyle (1996) és una font molt important de benestar, tant per a les persones que estiguin treballant com per a aquelles que no.

Però què és exactament l'oci? El sociòleg francès Joffre Dumazedier (1971), un dels autors pioners en el seu estudi, el va definir com aquell conjunt d'ocupacions que l'individu realitza de forma voluntària després d'haver finalitzat les seves obligacions professionals, familiars i socials, ja sigui per descansar, per divertir-se, per a desenvolupar la seva informació o formació desinteressada. Posteriorment i responent a un consens internacional amb vigència actual, a la Carta Internacional per a l'Educació de l'Oci (1993) és descrit com una àrea específica de l'experiència humana, amb beneficis propis, entre els que es troben la llibertat d'elecció, creativitat, satisfacció, gaudir i plaer, i una major felicitat. El qual compren formes d'expressió o activitat amplies els elements del qual són freqüentment tant de naturalesa física como intel·lectual, social, artística o espiritual.

En el seu ús actual, sovint es confonen els conceptes *d'oci* i *temps lliure*, tot i la diferència de matisos que aquests engloben. És per això, que convé diferenciar que per una banda, el concepte de *temps lliure*, el qual té el seu origen en el desenvolupament industrial, responent a una coordenada vital, mesurable, objectiva i quantificable, que ens indica un àmbit temporal, un temps en el que l'absència d'obligacions ens permet dur a terme accions de

qualsevol tipus. Mentre que *l'oci*, amb origen a la *skholé* grega, es refereix a un vivència humana, personal i subjectiva, que transcórrer en un temps determinat i necessita d'un temps de gestació i desenvolupament. Per tant, podríem concloure apuntant que el *temps lliure* constitueix una condició facilitadora de *l'oci*, però la seva disponibilitat no en garanteix que puguem gaudir de *l'oci*, fet per el qual es requereix omplir el temps lliure de sentit i contingut (Matallanes & Goytia, 2008; Otero, 2009).

Perquè *l'oci* pugui ser considerat com a tal, diversos autors (Cuenca, 2004; Cuenca, 2000; Dumazedier et al., 1971; Martínez & Gómez, 2005; Trilla, 1988) assenyalen que ha de complir amb les següents condicions :

- Ser elegit lliurement en funció de preferències individuals.
- Transmetre la sensació o sentiment subjectiu d'alliberament.
- Proporcionar una sensació gratificant i plaent.
- Respondre a una o diverses de les dimensions següents:
 - Lúdica: proporciona oportunitats de joc, diversió, exercici d'algun hobby, o alguna altra forma d'entreteniment que permet viure experiències gratificants i desenfadades.
 - Esportiva: és capaç de proporcionar experiències gratificants ja sigui a través de la pràctica d'algun esport o mitjançant alguna activitat física no reglada.
 - Festiva: promou vivències de gaudir compartides amb altres persones.
 - Creativa: proporciona oportunitats i vivències capaçes de promoure la pròpia creativitat artística o cultural.
 - Ecològica: afavoreix situacions de trobada, reconeixement i gaudir respectuós amb diversos entorns naturals.
 - Solidària: formada per activitats comunitàries en benefici d'altres, realitzades de forma desinteressada i amb una fi en si mateixes.

Mentre que Alcalde i Laspeñas (2005), proposen la següent classificació d'activitats d'oci en funció de les necessitats cobertes:

Passives o actives.

- *Actives* (p. ex. nedar, jugar a tennis, practicar bicicleta, escriure cartes, relats o poesia, tocar un instrument musical ...) fonamentalment afavoreixen la utilització d'habilitats i destreses de la persona, alhora que potencien la recerca de la salut a través del manteniment d'una bona forma física i un estat vital saludable.
- *Passives* (p. ex. veure la televisió, llegir ...), inicialment estan relacionades amb la necessitat de relaxació, que permetran donar descans a cos i ment; però també son vinculades amb d'altres necessitats com les de tipus intel·lectual o estètic.

Individuals o grupals.

- *Individuals* (p. ex. llegir, escriure, passejar, escoltar la ràdio ...) potencien la vivència de soledat desitjada, la necessitat de la persona per fer coses per si mateix, sense que això impliqui experimentar sentiments negatius. Afavoreixen l'autonomia, l'organització de projectes i activitats significatives a nivell personal.
- *Grupals* (p. ex. practicar jocs de taula, visitar museus, exposicions, jugar a tennis, jugar a futbol sala...) donen cobertura a un nombre important de necessitats personals i se'n destaquen les derivades de la interacció social entre les que podem trobar: gaudir companyia dels altres, fer noves amistats, satisfer la necessitat d'estima, reconeixement personal, sentiment d'acceptació, satisfer la necessitat de servei o assistència a d'altres o el desenvolupament de rols grupals com el lideratge, entre d'altres.

Activitats simples o complexes.

- *Simple* (p. ex. fullejar revistes, veure la televisió, escoltar la ràdio, anar de compres ...) es relacionen amb la necessitat de sentir control, de manejar les situacions.
- *Complexes* (practicar fotografia, manejar un ordinador, pintar ...) cobreixen en la seva majoria les exigències intel·lectuals i estètiques de la persona, amb un compromís major que el de simple espectador. En un sentit similar, aquest tipus d'activitats satisfarà la necessitat de la persona de manifestar-se a través de l'ús creatiu de les seves capacitats (necessitat d'expressió del jo) i igualment l'estimulació, a través d'actuacions que aportaran noves experiències. Per altre banda, els activitats complexes enfronten a l'individu al repte de posar-se a prova en situacions difícils, oferint la possibilitat superació i estimulació.

Activitats per passar l'estona o que requereixen una major implicació.

- *Per passar l'estona* (anar de compres, mirar la televisió...), estan relacionades amb la necessitat de seguretat, al·ludeixen a la satisfacció que experimenta la persona quan es compromet amb una activitat que li assegura l'absència de canvis no desitjats, i que a l'hora li garanteix que els seus esforços es reconeixeran i seran valorats pels altres.
- *Que requereixen una major implicació* (voluntariat, fer teatre ...), permetran a la persona satisfer la necessitat personal d'experimentar quelcom innovador o inusual, de trencament la rutina diària, de poder oblidar-se de les responsabilitats a través de les activitats que exigeixin un esforç i dedicació.

3.2. L'Oci com a font de benestar i qualitat de vida

Si ens basem en els seus orígens, amb una etimologia provinent del llatí, que es correspon amb el significat de repòs i al fet de que tradicionalment, aquest ha estat considerat un aspecte residual de la vida associat a elits minoritàries de la societat, a la vagància o a l'absència de motivació per treballar (Otero, 2009), pot sorprendre el plantejament de l'oci com a element d'estudi associat a la salut i al benestar comunitari.

Però el fet, és que amb la societat actual aquest concepte ha variat. Especialment amb el motiu de l'aparició d'una corrent d'origen nord-americà i ràpidament acceptada a nivell europeu, recolzada per diversos autors, la qual fonamenta el reconeixement de l'oci com una experiència de benestar i de satisfacció de les necessitats psicològiques personals amb beneficis respecte el manteniment i la millora de la salut tant física com mental (Cuenca & Goytia, 2012).

Vivim en una societat competitiva, que sovint ens exposa a situacions que sobrepassen les nostres capacitats per tal d'aconseguir un lloc millor dins la societat o bé mantenir aquell ja assolit. Les pressions psicològiques i el desgast físic al que estem exposats tenen repercussions sobre el nostre rendiment físic i mental, podent arribar a repercutir negativament sobre la capacitat del sistema immunològic, especialment en condicions d'estrès. Les activitats d'oci poden ajudar a compensar aquestes situacions, proporcionant l'oportunitat de prendre un descans, participar en una activitat de distracció agradable, i consegüentment induir emocions positives i reduir l'estrès (Pressman et al., 2009). Tanmateix, aquestes poden facilitar la recuperació de l'individu, mitjançant la reposició dels recursos danyats o empobrits.

Tot i que en comparació amb d'altres comportaments saludables específics, com poden ser una dieta saludable o la higiene del son, s'identifica un menor èmfasis en l'estudi de l'implicació per a la salut respecte la participació en activitats d'oci, existeix representació en la literatura que en reconeix la seva

funció amortidora en l'estrès, així com una associació positiva respecte benestar general (Iwasaki, Mackay, Mactavish, Ristock, & et, 2006). I encara que la majoria de la recerca en aquest camp se centra en els determinants d'oci i satisfacció amb l'oci, hi ha un nombre creixent d'estudis que lliguen oci als resultats de salut mental i física, bona part d'aquests relacionats amb les pràctiques d'oci que impliquen l'activitat física.

Els investigadors diferencien els següents tipus de beneficis com a conseqüència de la participació en les activitats d'oci, (Driver & Bruns, 1999; Kleiber, Hutchinson, & Williams, 2002; Otero, 2009):

- Físics o fisiològics, especialment en aquelles experiències d'oci relacionades amb el moviment, incidint en una millora de la salut i de la condició física.
- Psicològics, destacant els emocionals, cognitius i conductuals; a partir de l'experiència de sentiments, afectes o emocions positiva, amb influència en la percepció sobre un mateix, així com la facilitació de nous aprenentatges, desenvolupament de destreses, adquisició de coneixements i adquisició d'habilitats diverses (coordinació visomanual, maneig d'eines, psicomotricitat ...).
- Socials, associats a la incidència que pot tenir sobre la comunicació interpersonal i en les habilitats socials. Desenvolupant un comportament lúdic s'augmenta la capacitat per dur a terme relacions personals més adequades. Establir noves relacions personals, estrènyer vincles amb amistats existents o familiars, noves maneres de relació reforçat per un context de plaer i lliure voluntat en el qual té cabuda l'inesperat i el nou.
- Globals, amb una incidència global en la personalitat, possibilitant oportunitats d'autonomia per al desenvolupament d'identitats complementàries a la funció de l'entorn, a partir de situacions estimades que faciliten la realització i desenvolupament de la personalitat.

M. Cuenca Cabeza (2000) destaca que la pràctica d'activitats gratificants d'oci té una repercussió positiva i necessària en tots nosaltres.

Qualsevol activitat viscuda com a oci proporciona satisfacció i permet reduir problemes provocats per la rutina diària. En l'estudi sobre els beneficis de l'oci (Driver, Brown, & Peterson, 1991), s'identifica una relació amb la qualitat de vida, amb connotacions tant individuals com socials. En tant que les experiències satisfactòries ens ajuden a afirmar la nostra vida, concretament en la part negativa de la mateixa, restableix l'harmonia perduda i ens torna l'equilibri. Alhora que aquest permet sortir d'un mateix i entrar en contacte amb altres persones, participant de noves experiències.

3.3. L'Oci en salut mental (Oci terapèutic)

En el document d'oci i salut mental, Gorbeña (2000) reconeix que els interessos i les demandes d'oci entre persones amb trastorns mentals crònics, són equivalents als de la població general. Al mateix temps però, es reconeix sobre l'existència de dificultats associades al trastorn, que deriven en un percentatge significatiu d'avorriment i insatisfacció amb l'oci per part d'aquestes persones, amb una repercussió sobre la seva qualitat de vida. En aquesta línia Pérez i Trincado (2003) identifiquen que l'ús adequat del temps lliure comença a ser un problema i una alternativa en poblacions normals, però en les persones que pateixen problemes mentals severos això pot cobrar una dimensió diferent. En la seva majoria són persones que no treballen, per tant, el seu temps lliure és especial per tractar-se de tota una jornada buida i on els beneficis que se'n desprenen de les activitats d'oci que es duguin a terme són més impactants que els que es produeixen en la població normal.

Per definició, l'oci es contempla com un fi en si mateix. Però aquest també pot ser utilitzat com a mitjà en l'assoliment d'altres finalitats. En aquest context, esdevé rellevant l'oci terapèutic, entès com aquell procés en el qual s'utilitzen les experiències d'oci per produir un canvi en la conducta d'aquells individus amb problemes o necessitats especials (Monteagudo-Sánchez, 1996).

Una de les possibles diferències entre oci en sentit general i oci terapèutic, és que el segon va dirigit a poblacions amb necessitats assistencials especials.

O'Morrow (1991), n'identifica que el focus del procés terapèutic rau en utilitzar les experiències d'oci per augmentar el creixement i desenvolupament de l'individu i capacitar la persona per assumir la pròpia responsabilitat d'oci. I n'argumenta com a potencial risc, el fet de plantejar-se que aquestes necessitats siguin cobertes al marge de la comunitat, de manera que es creïn recursos d'oci específic per a aquesta població, afavorint involuntàriament la consolidació d'estereotips que etiqueten a aquestes persones com a subjectes diferents, encoratjant així de la mateixa manera, l'aplicació de polítiques i programes d'oci segregats que tendeixen a aïllar aquestes persones de la resta de la societat, en comptes d'afavorir la seva integració.

Per la seva part, Pérez i Trincado (2003) estableixen l'ús rehabilitador de l'oci quan:

- Aquest contribueix a l'estabilitat psicopatològica de la persona.
- A través seu s'aconsegueix que la persona surti del seu aïllament i es vagi integrant amb normalitat en el seu entorn comunitari.
- La persona ocupi el seu temps lliure de la forma més normalitzada i autònoma que li sigui possible.
- Afavoreixi la millora quantitativa i qualitativa de la seva xarxa social.

I partint del grau de suport professional ofert en rehabilitació, alguns a autors (Cases, Ignacio, Blanco, & García, 2003) diferencien les següents categories d'oci, organitzades a continuació de menor a major suport:

- *Oci estructurat*. Corresponent a la integració dels usuaris en recursos comunitaris estructurats. Implica un tipus d'oci més exigent amb requeriment d'un compromís d'assistència i interacció amb persones alienes a la xarxa social bàsica. El suport professional es correspon amb informar sobre els recursos existents i les seves condicions o exigències

així com també en el seguiment en els mateixos (ex. realitzar curs de fotografia, classes de pintura, anar a un gimnàs...).

- *Oci no estructurat*. També conegut com a normalitzat o lliure, és entès com aquell realitzat sense l' intervenció directa de professionals per a la seva configuració o manteniment. Es correspon amb la realització d'activitats poc estructurades (ex. cine, teatre, cafeteria...) sorgit per iniciativa de l'individu o de la seva xarxa social, realitzat per al seu entreteniment o satisfacció personal. Habitualment inexistent en els inicis d'un procés rehabilitador, i en el cas de que sigui present, sol produir-se en solitari o reduït a l'àmbit familiar.
- *Oci supervisat*. Fent referència al fet de facilitar l'abast dels usuaris activitats d'oci ofertades a la pròpia comunitat. En rol dels professionals en aquest cas és rellevant alhora de facilitar, acompanyar i supervisar les activitats.

Tanmateix, més enllà de propiciar activitats a les persones, l'oci terapèutic requereix de l'avaluació i la intervenció en problemes específics (ex.: entrenament en comunicació o altres) i d'una selecció, d'activitats que estiguin relacionades amb la superació d'una problemàtica concreta (Cases et al., 2003). Sense oblidar que perquè una activitat d'oci pugui complir el seu objectiu terapèutic és necessari que l'individu el realitzi de forma voluntària, fomentant-ne d'aquesta forma la seva autonomia i satisfacció (Gorbeña Etxebarria, 2000). I és que per molt ben dissenyada i organitzada que pugui estar una activitat d'oci que per exemple consisteixi en passejar gossos, si a la persona no li agraden els gossos o presenta alguna tipus de reacció aversiva envers aquests (ex. al·lèrgia, fòbia...), a banda d'anul·lar el component terapèutic es corre el risc de que aquesta acció tingui efectes contraproductent.

Pel que fa a l'evidència de l'oci terapèutic, cal destacar que en l'actualitat s'identifica una major presència de bibliografia referent a la correlació entre la promoció i el manteniment de salut física, respecte a la seva associació en el camp de la salut mental. Tot i això cada vegada són més els estudis que

demostrin el seu potencial per fomentar una vida activa, la recuperació i la millora de la qualitat de vida entre la població afectada per algun trastorn mental (Iwasaki, Coyle, & Shank, 2010). Altrament, els models de rehabilitació psiquiàtrica sempre han tingut en compte l'esfera d'oci com una àrea de cabdal importància per a la plena inclusió social (Anthony & Liberman, 1986; Rodríguez, 1997) i entre el conjunt d'estratègies utilitzades per a la promoció de la integració de persones afectades per un trastorn mental en el seu entorn natural i el desenvolupament d'un major grau d'autonomia en la seva vida, en l'actualitat persisteix l'ús de programes de desenvolupament de l'oci.

En el terreny específic de la depressió, treballs com el de Fullagar (2008) han aportat evidència sobre el potencial de l'oci per ajudar a obrir experiències positives d'un mateix que transcendeixen les obtingudes a través del tractament clínic. Així com també efectes transformadors sobre la identitat de gènere (aprendre realment "qui sóc"), generar esperança més enllà de la depressió, sense oblidar el fet d'afavorir el dret al joc i a gaudir de la vida. Fullagar va declarar en relació al seu estudi, que més enllà de les mateixes activitats, el procés de recuperació identificat és atribuïble al significat de les identitats aparegudes a partir de les diverses pràctiques d'oci.

3.4. Resum, sobre l'Oci

- ✓ L'oci fa referència a una vivència humana, personal i subjectiva, davant d'una activitat transcorreguda durant el temps lliure. Aquesta precisa ser elegida lliurement en funció de les preferències individuals i el seu desenvolupament en propiciarà una sensació subjectiva d'alliberament, gratificació i plaer.
- ✓ Es reconeixen les següents dimensions de l'oci: lúdica, esportiva, festiva, creativa, ecològica i solidària.
- ✓ En funció de la cobertura de necessitats personals les activitats d'oci poden ser classificades en: passives-actives, individuals-grupals, simples-complexes o bé per passar l'estona amb major implicació.
- ✓ La seva pràctica està associada a la satisfacció i benestar personal, amb el reconeixement de diversos beneficis a nivell físic, psicològic, social i global.
- ✓ El seu ús com instrument rehabilitador en el camp de la salut mental es coneix amb el nom d'oci terapèutic. I requereix del suport professional per a la seva indicació i avaluació.
- ✓ Depenent del grau de suport aplicat, l'oci terapèutic pot considerar-se: estructurat, no estructurat o supervisat.
- ✓ L'oci terapèutic disposa d'evidència científica reconeixent la seva associació amb la recuperació de qualitat de vida, integració social i millora del grau d' autonomia, aplicat als trastorns mentals i específicament en la depressió.

MARC EXPERIMENTAL

4. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

Davant del buit de contingut al respecte i l'absència d'un programa d'oci d'aquestes característiques, l'objectiu general d'aquest projecte resideix en l'elaboració del programa psicosocial de baixa intensitat: Activa't, Crea i Relaciona't (ACR) com a intervenció per millorar la funcionalitat i el benestar en persones amb trastorn depressiu i dur a terme un estudi pilot del mateix que permeti valorar el seu desenvolupament i la tendència dels seus resultats, per millorar la qualitat del programa.

A partir d'aquest, es fixen els següents objectius específics:

1. Elaborar una intervenció terapèutica de baixa intensitat, protocol·litzada que complementi el procés de rehabilitació funcional en les persones afectades de trastorn depressiu lleu-moderat.
2. Estimular l'activació conductual entre persones afectades de trastorn depressiu lleu-moderat.
3. Afavorir la participació en recursos comunitaris per part de les persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.
4. Avaluar el benefici terapèutic del programa ACR en relació al benestar psicològic, la qualitat de vida i la funcionalitat en persones amb trastorns depressius lleu-moderats.
5. Augmentar el control i participació sobre el propi tractament en les persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.

A partir dels objectius d'aquesta tesi, desenvoluparem les següents hipòtesis de treball:

- I. El programa d'oci psicosocial ACR serà acceptat i valorat favorablement per persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.
- II. El programa d'oci psicosocial ACR facilitarà l'activació conductual en persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.
- III. El programa d'oci psicosocial ACR afavorirà la participació en recursos comunitaris en persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.
- IV. L'activació conductual a través del medi comunitari tindrà un efecte positiu amb el benestar i la funcionalitat de les persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.
- V. El programa d'oci psicosocial ACR estimularà la implicació i la participació activa sobre el propi tractament en les persones amb trastorn depressiu lleu-moderat.

5. METODOLOGIA

El treball de camp s'ha basat en la creació i aplicació del programa d'oci ACR, dissenyat per al seu ús com a instrument psicosocial de baixa intensitat per la millora del benestar psicològic, la qualitat de vida i la funcionalitat de les persones amb depressió. El seu desenvolupament està comprès per dues etapes diferenciades:

5.1. Creació del programa

Basat en el concepte del pla individual de rehabilitació o PIR (Fernández, 2010), elaborat a partir d'uns objectius consensuats amb l'usuari, l'assoliment dels quals serà mediatitzat per el reconeixement i l'aplicació de competències o recursos personals i mediambientals disponibles. I a partir dels fonaments del model d'atenció centrat en la persona (Rodríguez, 2013), en el període comprès entre la segona meitat del 2012 i primera meitat del 2013, es dona pas a la elaboració del programa d'oci psicosocial ACR.

Concebut com a intervenció que integra els interessos i desitjos personals. Al mateix temps que permet estimular el reconeixement, desenvolupament i l'aplicació de les competències personals, en un marc rehabilitador que contempla a la persona com a agent actiu del propi procés de recuperació. A través d'una aliança terapèutica d'acompanyament, que ofereix suport adaptat a les necessitats personals. Donant prioritat a l'acord per sobre de la prescripció. Convidant a la persona a participar del disseny del seu propi tractament, implicant-la en una presa de decisions alineada amb els seus valors i interessos, en pro de refermar el seu compromís. Per això, i d'acord model d'atenció integral i centrada en la persona, el rol del professional sociosanitari, respecte aquest pla precisa ser el d'acompanyant, evitant les posicions massa avançades o massa endarrerides, les quals desproveïren d'autonomia i responsabilitat a la persona. Alhora, que es precisarà ser cautelós i contemplar les habilitats presents respecte les exigències de l'entorn i la coherència cultural per tal de propiciar un context afavoridor.

Degut a la multidimensionalitat conceptual que integra el programa, en la descripció metodològica es plantegen els següents paràmetres com a fonaments de la seva estructura:

- **Rehabilitació des de la perspectiva positiva.** Seligman (2003) afirma que les fortaleeses i les virtuts actuen a manera de barrera contra la desgràcia i els trastorns psicològics i poden ser la clau per augmentar la capacitat de recuperació. En consonància Vázquez i Hervas (2008), exposen que la inclusió de les fortaleeses i les experiències positives de l'individu en el marc terapèutic, posa de manifest els recursos propis amb els que la persona compta per fer front a les debilitats o mancances existents.

Per canviar els pensaments negatius i augmentar l'optimisme, s'han de canviar les respostes negatives de la persona per d'altres més positives. Per aconseguir-ho caldrà aplicar formes per rebatre aquests pensaments pessimistes, que la mateixa persona haurà d'executar. Una bona forma de fer-ho, és mitjançant l'evidència, que consisteix a buscar proves reals que ajudin a la persona a adonar-se distorsions desastroses i que desconfirmen el pensament pessimista (Seligman, Rashid, & Parks, 2006). En aquesta línia, s'ha demostrat que el fet d'anotar tres coses positives que hagin succeït durant el dia, potencia l'augment de la felicitat i la disminució de la depressió durant un període sostingut en el temps (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Per aquest motiu, es planteja comptar amb un anàlisi de l'activitat, basat en la identificació de 3 competències aplicades i l'anàlisi d'aquestes, com a mesura per contrarestar les cognicions negatives, i de distanciament del pensament pessimista, estimulants i reforçant el fet de centrar el focus d'atenció en allò que sé fer i que estic aconseguint de fer.

D'altra banda i per tal de propiciar-ne aquest anàlisi, es planteja un procés per estimular l'activació conductual de la persona afectada de depressió, d'una forma objectivable.

- **L'exploració: estímul de motivació al canvi funcional.** Kielhofner (2004) reconeix tres nivells de funció ocupacional: exploració, competència i assoliment. Aquests determinen el grau de compliment del cicle adaptatiu de la persona, al satisfer les expectatives de la societat per a la participació productiva i lúdica així com de la seva pròpia necessitat d'exploració i domini.

D'aquestes, l'exploració és considerada com la primera etapa del canvi en el qual una persona intenta noves coses, aprèn sobre les seves pròpies capacitats, preferències i valors. Alhora que busca noves formes de sentit i significat. I n'afavoreix la possibilitat d'autoconeixement i coneixement de l'ambient, estimulant el sentit de capacitat i de significat personal, com també de seguretat amb l'ambient. Per al seu desenvolupament, es contempla del requeriment d'un ambient relativament segur i poc demandant.

En base a aquest concepte, el programa d'oci ACR s'erigeix com una plataforma d'exploració que en un marc adaptat pretén estimular el procés de recuperació funcional, a través de la realització de diverses activitats categòriques sense el requeriment d'un nivell específic de destreses.

Per aquest motiu, es considera fonamental comptar amb un procés de selecció i distribució de les activitats, que contempli el context sociocultural i s'adapti a les persones usuàries.

- **Proposta d'activitats que integren el programa.** La selecció d'activitats d'oci que conformaran el programa es realitzarà en base a la correlació de tipologia d'activitat-satisfacció de les necessitats individuals establerta per d'Alcalde i Laspeñas (2005). A partir d'aquesta es donaran prioritat a aquelles activitats de tipus: actives (com a

afavoridores en la utilització d'habilitats i destreses de la persona, al temps que potencien la recerca de la salut a través del manteniment d'una bona forma física i un estat vital saludable), grupals (per el seu abast respecte la cobertura d'un nombre important de necessitats personals, principalment d'interacció social), complexes (cobreixen principalment les exigències intel·lectuals i estètiques de la persona, amb un compromís major que el de simple espectador) i que requereixin cert grau implicació (per el seu potencial per satisfer la necessitat personal d'experimentar alguna cosa inusual de trencar, de fugir de la rutina diària). Tanmateix, contemplant les característiques del perfil de persones a qui s'adreça el programa, caracteritzat per una marcada resistència tant en l'inici, com en el manteniment d'activitats, es preveu una disposició seqüencial de les activitats, agrupada en categories amb una distribució que permeti afavorir aquest procés d'activació.

Per tant, i en la mateixa mesura en que la rehabilitació psicossocial es concep com un procés progressiu de recuperació de les capacitats i habilitats, que va des de les funcions més bàsiques a les més elaborades, per a la distribució del programa es proposa també l'aplicació del principi de seqüencialitat progressiva. A través d'una distribució lineal i consecutiva de les diferents categories d'activació.

- **Categories d'activació (activitat física, creativitat i voluntariat).** A partir de l'experiència professional i en base al model biopsicosocial, s'ha dotat al programa de les tres categories d'activitat diferenciades i organitzades de forma seqüencial, que han acabat donant lloc al nom d'aquest (ACR): Activa't (centrat en la vessant física), Crea (centrat en la vessant psicològica) i Relaciona't (centrat en la vessant social). Amb una escalada gradual en el procés d'activació, iniciat per la fase d'activitat física, afavorint l'estimulació del sistema nerviós simpàtic per a la producció de neurotransmissors com la serotonina i la norepinefrina (Matta et al., 2013). Donant continuïtat a la fase artística-creativa relacionada amb els processos cognitius (Evans,

Iverson, Yatham, & Lam, 2014). Per culminar amb la fase relacional amb el voluntariat, com a activitat de la vida diària avançada, en el mateix pla del treball, per estimular la interacció i la participació comunitària, alhora que una identitat social a través d'un rol actiu a la comunitat.

A continuació faré una breu descripció de les diferents categories d'activitat que integren cada fase:

1. Activitat física. Entesa com qualsevol moviment corporal produït per els músculs esquelètics que exigeixi despesa d'energia. És recolzada per diversos estudis els quals han demostrat que l'exercici físic regular és significativament beneficiós per a les persones amb afectacions psiquiàtriques tant en una activitat biològica i un nivell psicològic. Els efectes positius d'exercici controlat inclouen millors respostes metabòliques, neuroprotecció, major qualitat de vida i reduir els símptomes psicopatològics (Knochel et al., 2012). En el cas de TDM s'indica que aquest pot alleujar els símptomes de la depressió i reduir la progressió de la malaltia i es compara favorablement als medicaments antidepressius com a tractament de primera opció per a la depressió lleu a moderada (Carek, Laibstain, & Carek, 2011).
2. Activitat artística-creativa. Aquella manifestació creativa mitjançant la qual s'expressa una visió personal i desinteressada que interpreta allò real o imaginat amb recursos plàstics, lingüístics o sonors. L'ús de l'art com a element terapèutic ha demostrat promoure la capacitat de concentració, autoestima i d'interacció social (Marxen, 2011). A més d'afavorir el desenvolupament de les dimensions d'exploració, experimentació i d'assumir riscos, relacionats amb els processos creatius i de joc. Probablement aquestes virtuts, justifiquen el tradicional ús de

l'art i els processos creatius en el camp de la rehabilitació psicosocial.

En el cas dels trastorns de l'estat d'ànim i els patrons de la creativitat els quals suggereixen que més que la depressió en si, es tracta de la recuperació d'aquesta, com allò que inspira el treball creatiu (Ashby, Isen, & Turken, 1999) i s'ha provat que la productivitat creativa està vinculada als canvis de millora en l'estat d'ànim (Jamison, 1989; Janka, 2006; Reynolds, 2000). I tot i la identificació de dificultats alhora d'especificar el grau de millora proporcionat per aquestes intervencions, en els darrers anys, estan proliferant els estudis empírics que comencen a mostrar de forma clara els efectes de l'art aplicada com a instrument terapèutic en el camp de la salut mental (Menéndez & Olmo, 2010; Stuckey & Nobel, 2010).

3. Activitat de voluntariat. Forma de participació social que pot definir-se com l'ajuda o el servei que una persona tria lliurement prestar a d'altres, que en principi son desconeguts, sense rebre ni esperar recompensa econòmica alguna per això i que treballa en el context d'una organització formalment constituïda sense ànim de lucre. Existeixen estudis centrats en l'impacte del voluntariat en el benestar, partint de la premissa de que és beneficiós no només per al que rep l'ajut, sinó també per aquell qui ho proporciona, i s'han trobat efectes positius en la satisfacció vital, l'autoestima, en l'avaluació de la pròpia salut, en l'assoliment educatiu o professional, en l'habilitat funcional i en la reducció de la mortalitat (Dávila & Díaz, 2005; Piliavin & Siegl, 2007) així com suport en l'associació positiva entre el voluntariat i la depressió i mesures de benestar (Musick & Wilson, 2003; Van Willigen, 2000). Segons revela una recent revisió sistemàtica i metanàlisis dirigit per l'escola de Medicina de la Universitat d'Exeter, el voluntariat ajuda a millorar la salut mental i a viure més temps. Algunes dades observacionals

assenyalen una reducció del 20% de la mortalitat entre els voluntaris en comparació amb els no voluntaris. Els voluntaris també refereixen nivells inferiors de depressió, amb un augment de la satisfacció amb la vida i millora del benestar (Jenkinson, Dickens, Jones, Thompson-Coon, Taylor, Rogers, 2013).

- **Autodeterminació i implicació de la persona usuària.** D'altre banda, contemplant la pròpia naturalesa de l'oci, la qual implica que aquest ha de ser elegit lliurement en funció de les preferències individuals. I en base als processos de remotivació (Heras, Llerena, & Kielhofner, 2003), els quals plantegen que per tal de promocionar i facilitar la motivació envers l'ocupació, cal vetllar per la comprensió de les característiques i dels desenvolupaments únics de cada persona, integrant com a elements principals: valors (allò que es considera important), interessos (allò que puc gaudir o em repercutirà un benefici) i una causalitat personal (la pròpia percepció de capacitat que es té segons l'experiència personal). El programa requereix disposar d'un menú d'opcions per a cada una de les tres categories. Amb una oferta mínima de 2 activitats per categoria i un màxim condicionat per la disponibilitat de recursos. Contemplant d'aquesta forma el procés d'elecció i discriminació individual, així com la capacitat d'autodeterminació, en benefici d'una participació activa i un major grau d'implicació i compromís.

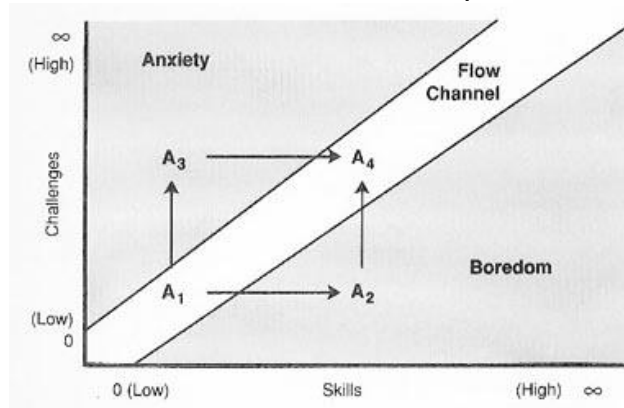
Tanmateix el principi d'autodeterminació (Ryan & Deci, 2000), identifica que per estimular a que donem el millor de nosaltres mateixos, les persones precisem d'un entorn adequat, que ens permeti cobrir les necessitats psicològiques innates de: competència (busquem el control d'allò que fem, experimentar el domini de les nostres competències), autonomia (busquem ser els directors de la nostra pròpia vida) i relacions (busquem interactuar, estar connectats i preocupar-nos pels altres). En base a aquest propòsit i contemplant la presència de factors interferidors alhora d'afavorir el procés relacional i de participació comunitària entre persones (d'estigma, inseguretats o

tendència a l'aïllament entre d'altres) es planteja la dinamització del programa a través del format de dinàmica grupal, i en concret d'un grup d'iguals.

- **Grup d'iguals.** Els treballs terapèutics grupals integren una sèrie de requisits que els fa ser una estructura recurrent en el camp de la rehabilitació psicosocial. Entre d'altres motius es troba la seva dimensió interpersonal, la relació cost-efectivitat, font de normalització i context de pràctica, per el seu potencial elicitador d'emocions així com d'increment de retroalimentació (Campuzano, 2005). Tanmateix, si el grup està format per persones que comparteixen algun tipus de problema que altera o modifica aspectes del seu funcionament normal, a banda dels beneficis propis del treball grupal, es reconeixen tres aportacions fonamentals en els seus integrants: per una banda la instal·lació d'esperança positiva a través de l'auto-revelació. Seguit de la inclusió de l'autocura de la seva problemàtica i l'exploració de noves formes d'utilitzar el coneixement respecte aquesta, així com de la superació d'una possible estigmatització. I en darrer lloc, centrat en la seva naturalesa de la relació, caracteritzada per la confiança, l'acceptació, la comprensió i l'ús de l'empatia (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012). D'acord a aquest fet i sense menystenir un valor d'economització en l'ús de recursos, en tant que d'una mateixa intervenció se'n poden beneficiar varies persones simultàniament), el disseny del programa parteix d'una estructura grupal d'iguals.
- **Valoració, adaptació i suport professional.** No obstant això, en ocasions l'entorn natural i el context inicialment poden plantejar massa exigències o no proporcionar suficient suport. En aquest aspecte, Mihály Csíkszentmihályi (2008) identifica que la major font de satisfacció (el que ell identifica com estat de "flow") prové de la realització d'aquelles activitats on el repte està anivellat a les habilitats personals, però el desequilibri entre aquests elements, pot donar lloc a situacions d'avorriment, apatia, preocupació o ansietat, en

funció del tipus de desequilibri que s'estableixi entre repte-habilitats (Quadre.1).

Quadre 1. Relació entre habilitats i reptes



Extret de: Flow: The Psychology of Optimal Experience (pg.74)
Mihály Csíkszentmihályi 1990, Nova York: Harper & Row.

En aquest sentit, és vital el rol del terapeuta especialitzat. Implicant-se en la preparació, l'avaluació i el desenvolupament del programa. Determinant la selecció d'activitats adequades. Donant cobertura a la valoració del nivell funcional de cada persona usuària i vetllant per la implementació d'aquelles adaptacions i suports necessaris per al desenvolupament de l'activitat, amb l'objectiu d'assolir el màxim nivell d'autonomia en cada persona usuària. Amb una involucració en el procés, mitjançant una relació dignificant i humanista, de col·laboració amb la persona usuària, acompanyant-la en la pròpia identificació de fortaleses i limitacions i afavorint la seva participació en la societat. I en darrera instància avaluant l'impacte del programa, integrant els resultats en un continuum assistencial.

Convé aclarir, que tot i la novetat del programa, el seu procés de creació va comptar amb la revisió experiències en intervencions psicosocials en persones afectades de depressió (Cuijpers et al., 2013; Danielsson, Noras, Waern, & Carlsson, 2013; Hunot et al., 2013), així com del propi SRC de la FCMPPPO per la seva experiència en l'atenció de persones amb problemes de salut mental,

com a fonaments i guies del disseny metodològic. Aquest fet va permetre disposar de recursos per delimitar el període de durada del programa (Draft, 2009), definir les normes grupals de participació (Casañas & Armengol, 2009), així com també per a l'adaptació de registres d'assistència i d'enquestes de satisfacció del SRC de la FCMPPPO, entre d'altres. En base a aquests fonaments, es va configurar el programa: Activa't, crea i relaciona't. I tot i l'absència d'un límit arbitrari respecte el nombre de sessions en les intervencions de baixa intensitat (IAPT, 2010), s'aposta per un disseny de grup reduït (amb rangs extrems entre 4 i 12 participants) permetent aquesta mida un predomini de les reaccions positives, escàs subagrupament i una quantitat acceptable de temps i atenció per a cada membre (Portillo, 2000). D'estructura tancada, amb una durada de 12 setmanes consecutives, alineat al promig de sessions recomanat en les intervencions psicosocials (NICE, 2009), per al programa seqüencial d'activitats grupals.

L'aplicació del programa comptarà amb un mínim de dues visites de seguiment individual, que inclouran una visita d'acollida a l'inici del programa, per a la recollida de dades personals, l'elecció d'activitats, així com per a l'administració d'escales prèvies, i una visita a la finalització del programa per a l'aplicació del retest de les escales, la valoració i el tancament del programa, contemplant el pla de treball individual de la persona usuària a l'alta d'aquest.

Respecte la seqüència d'activitats d'oci, en cada categoria s'ofereix a l'usuari l'elecció entre almenys 2 activitats que es desenvoluparan en recursos de la comunitat. Aquestes es duen a terme a partir d'una sessió setmanal, amb una durada de 60 a 90 minuts, associada a una segona sessió setmanal, posterior a les activitats d'oci, identificada amb el nom de *Punt de trobada*, amb una durada de 90 minuts, en el qual es reunirà a tots els participants, indistintament de l'activitat desenvolupada, per procedir a l'anàlisi de l'activitat mitjançant la identificació de competències personals desenvolupades a les respectives sessions setmanals d'oci (Taula 10). Es recomana la disposició de les sessions d'oci i les de punt de trobada en

diferents dies de la setmana (ex. activitats d'oci dilluns i punt de trobada dimecres) evitant per una banda la concentració de sessions en un mateix dia així com pel fet d'afavorir la distribució ocupacional dels usuaris al llarg de la setmana.

Taula 10. Distribució de les sessions programa ACR

	Activitat A / Activitat B	+	Punt de trobada (amb tots els participants A+B)	SETMANA
Fase Activació	1 ^a Sessió	+	1 ^a Sessió	1
	2 ^a Sessió	+	2 ^a Sessió	2
	3 ^a Sessió	+	3 ^a Sessió	3
	4 ^a Sessió	+	4 Sessió	4
Fase Creació	1 ^a Sessió	+	1 ^a Sessió	5
	2 ^a Sessió	+	2 ^a Sessió	6
	3 ^a Sessió	+	3 ^a Sessió	7
	4 ^a Sessió	+	4 Sessió	8
Fase Relació	1 ^a Sessió	+	1 ^a Sessió	9
	2 ^a Sessió	+	2 ^a Sessió	10
	3 ^a Sessió	+	3 ^a Sessió	11
	4 ^a Sessió	+	4 Sessió	12

La programació de les sessions d'oci precisa ser dissenyada o en el seu defecte supervisada, per almenys un professional especialitzat en ciències de la ocupació aplicades a salut mental. Les activitats d'oci seleccionades, disposaran d'una fitxa descriptiva d'activitat ¹ en la qual s'inclourà: justificació, objectius, perfil d'usuaris a qui va adreçada, descripció de l'activitat, durada, recursos humans i materials, espais on es durà a terme, possibles contraindicacions i recomanacions per a la seva administració.

El punt de trobada es fonamentarà en l'emplenament individual del registre de fortaleces² i la seva posterior posada en comú. Aquesta està formada per 3

¹ Veure annex I Programa. Apartat Fitxa descriptiva d'activitats

² Veure annex I Programa. Apartat Registre de fortaleces - Punt de trobada

espais diferenciats (un per a cada competència) que inclouen la seva descripció, el reconeixement de sensacions i emocions experimentades, així com de possibles reflexions sorgides a partir de la competència analitzada. Davant les possibles dificultats sorgides en els diferents passos, tant a l'hora d'identificar, descriure com exposar, es fonamental disposar d'un acompanyament actiu per part del terapeuta dinamitzador de la sessió, oferint suport, adaptació, reforç positiu o reconducció en la mesura de les necessitats sorgides.

Cal contemplar la inclusió d'una darrera sessió de punt de trobada que amb el comiat del grup, estimuli a la continuïtat d'accions ocupacionals a la comunitat, ja sigui relacionades a les explorades durant el programa, com a d'altres possibles interessos existents prèviament o sorgits durant el transcurs d'aquest. I en la mesura de les possibilitats donar suport a la continuïtat d'aquestes a través d'accions com la coordinació amb familiars o terapeutes deferents del cas o la facilitació d'adreces i contactes de recursos i serveis ocupacionals a la comunitat.

5.1.1. Equip

Els professionals que duen a terme aquest programa necessiten d'una formació prèvia o d'uns coneixements mínims sobre la depressió (etiologia, simptomatologia característica, tractament...), sobre la conducció-observació de dinàmiques grupals i sobre algunes tècniques com ara la resolució de problemes i l'activació conductual. L'equip bàsic del programa contempla els següents professionals:

- 1 Terapeuta ocupacional. Disseny, supervisió, suport i adaptació de les activitats. Anàlisi ocupacional i psicoeducació (punt de trobada). Emplenament i anàlisi de les valoracions.
- 1 psicòleg. Psicoeducació (punt de trobada). Emplenament i anàlisi de les valoracions.

- 1-2 tècnics dinamitzadors de les activitats (ex. tècnic superior en integració social) per donar suport en l'acompanyament i el desenvolupament de les activitats.

5.1.2. Perfil d'usuaris

Criteris inclusió / exclusió

La població beneficiària del programa ACR haurà de reunir els següents criteris d'inclusió:

- Diagnòstic de trastorn depressiu (trastorn depressiu major lleu o moderat, trastorn depressiu major recidivant, trastorn distímic).
- Persones majors d'edat (entre 18 i 65 anys).
- Amb cobertura de les necessitats bàsiques.
- En el cas de realització de tractament farmacològic aquest haurà de ser estable.
- Voluntarietat per a la participació en l'estudi.
- Lectura i signatura del consentiment informat.

Sent exclosos aquells casos que presentin:

- Depressió major greu.
- Trastorns de l'estat d'ànim que no es corresponguin amb el diagnòstic de trastorn depressiu (p. ex. trastorn bipolar).
- Presència de descompensació psicopatològica aguda.
- Comorbiditat amb altres trastorns de l'eix I o trastorns per ús de substàncies.
- Comorbiditat amb trastorn de personalitat.
- Comorbiditat amb malalties orgàniques invalidants a nivell funcional.
- Discapacitat intel·lectual o deteriorament cognitiu.

5.1.3. Recollida de dades

Un cop facilitada la informació sobre el programa³, acordada la participació en aquest i signat el Document de confidencialitat de dades⁴ es procedirà a una recollida de dades, que es durà a terme de forma individual previ al seu inici. Aquest es realitzarà a partir de l'emplenament del document de Recollida de dades personals⁵ que inclou dades administratives de l'usuari així com variables independents d'estudi: noms i cognoms, adreça, telèfon de contacte, diagnòstic, edat, sexe, estat civil, fills, suport familiar, nivell d'estudis, lloc de residència, situació laboral, presència d'antecedents familiars amb depressió, ètnia, compliment de tractaments simultanis i presència d'espiritualitat.

5.1.4. Instruments

La determinació dels instruments de mesura del programa es fonamenta per la prioritització d'un ús mínim d'aquests, que permeti la mesura de les variables d'estudi de forma rigorosa i eficaç, preservant-ne als usuaris d'una exposició redundant i excessiva de preguntes així com de temps de valoració. Respecte als instruments de control s'ha optat per recórrer a alguns d'ús vigent en el SRC de la FCMPPPO, per la familiaritat en la seva aplicació per part de l'equip encarregat del desenvolupament del projecte, així com el seu aval d'eficàcia aportat pel recurs.

Les variables dependents d'estudi que integren el programa son: simptomatologia depressiva, la funcionalitat, la qualitat de vida, el benestar psicològic, el nivell de participació i el grau de satisfacció, i l'impacte del programa sobre aquestes es determinarà a partir de la implementació dels següents instruments:

³ Veure annex I Programa. Apartat Full informatiu sobre el programa ACR

⁴ Veure annex I Programa. Apartat document de confidencialitat de dades

⁵ Veure annex I Programa. Apartat document de recollida de dades personals

- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Qüestionari autoadministrat de 9 ítems, dissenyat per avaluar la presència de simptomatologia depressiva i l'impacte funcional en la persona, durant les dues setmanes prèvies a la seva implementació. El rang de puntuacions oscil·la entre 0 i 27, sent les puntuacions més elevades indicadors de major gravetat. Diferents estudis han assenyalat que el PHQ és sensible al canvi en simptomatologia depressiva (Löwe, Kroenke, Herzog, & Gräfe, 2004). La seva validesa ha estat demostrada (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay, & May, 1999; Pinto Meza, Serrano Blanco, Peñarrubia, Blanco, & Haro, 2005) i està indicat com a instrument de valoració a la ruta de la depressió d'Osona.

- SF-36 (versió 2). Qüestionari per avaluar el nivell de qualitat de vida relacionada amb la salut. Consta de 36 ítems agrupats en 8 escales o dimensions de salut (funció física, rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental). La puntuació dels ítems és amb escales tipus Likert de rang variable de 3 a 5. Preferentment autoadministrada mitjançant entrevista personal. Amb una consistència interna per a les 8 dimensions que confirmen una alta fiabilitat de l'instrument (Alonso, Prieto, & Anto, 1995).

- Escala de benestar psicològic de Ryff. Adaptació espanyola (Díaz et al., 2006). Indicador del benestar psicològic. En la versió utilitzada es conserven les sis subescales originals del test. Aquestes sub-escales són: I. Autoacceptació, 6 ítems; II. Relacions positives, 6 ítems; III. Autonomia, 8 ítems; IV. Domini de l'entorn, 6 ítems; V. Propòsit a la vida, 7 ítems; VI. Creixement Personal, 6 ítems. El total d'ítems de l'escala és de 39, el seu format de resposta està compost per puntuacions tipus Likert que van d'1 a 6 (1 = Totalment desacord i 6 = Totalment d'acord). La consistència interna (mesura amb Alfa de Cronbach) de les subescales de Benestar Psicològic de la versió espanyola proposta (van Dierendonck, 2004) és la següent:

Autoacceptació = .83, Relacions positives = .81, Autonomia = .73, Domini de l'entorn = .71, Propòsit a la vida = .83 i Creixement personal = .68. Exposa criteris privats d'avaluació d'un bon funcionament psicològic. Mesura sis dimensions o atributs positius del benestar psicològic: autoacceptació (α de Cronbach = .78), relacions positives (α = .83), autonomia (α = .69), domini de l'entorn (α = .69), creixement personal (α = .68) i propòsit a la vida (α = .78).

- Registre d'assistència⁶: plantilla de recollida de signatures basada en el model utilitzat en el SRC de la FCMPPPO, per al control d'assistència a les sessions que integren el programa.
- Enquesta de satisfacció⁷: qüestionari autoadministrat de 37 ítems, agrupats en 6 apartats (organització, continguts i objectius, dinàmica de grup, motivació, conducció de grup i relació amb la malaltia), amb puntuacions tipus Likert que van d'1 a 5 (1 = molt deficient / en total desacord i 5 = molt satisfactori / molt d'acord) i un apartat obert per a la recollida de possibles observacions. Basat en el model utilitzat en el SRC de la FCMPPPO, per mesurar el grau de satisfacció sobre un programa.

5.1.5. Protocol del programa

D'acord als criteris d'administració del programa ACR, recollits en el protocol⁸, s'identifiquen els següents passos a seguir:

- Planificació d'activitats. L'equip responsable de desenvolupar el programa s'encarregarà d'identificar aquelles activitats d'oci disponibles a la comunitat, per a cada fase (Activació - Creació - Participació). D'aquestes es procedirà a la selecció d'un mínim de 2 activitats per cada fase, en base a la disponibilitat de recursos humans i materials

⁶ Veure annex I Programa. Apartat Registre d'assistència

⁷ Veure annex I Programa. Apartat Enquesta de satisfacció

⁸ Veure annex I Programa. Apartat Protocol programa ACR

disponibles per a la seva implementació, prioritzant aquelles que compleixin amb els criteris de selecció d'activitats del programa. Amb cadascuna de les activitats seleccionades es procedirà a la l'emplenament de la plantilla de fitxa d'activitat⁹, a partir de la qual s'identificarà les dates de realització, la justificació, els objectius, perfil de persones a qui s'adreça), la metodologia, la durada, els recursos humans, recursos materials, espai i localització, possibles contraindicacions existents, així com les possibles recomanacions o observacions a tenir en compte, en relació a l'activitat. Així mateix també es descriurà el desenvolupament de cada una de les sessions, en funció del procediment i seqüència implícita en l'activitat, respectant una estructura de: inici, nucli i final.

- Proposta de participació i derivació d'usuaris. Les derivacions al programa, podran ser realitzades per el metge de capçalera del CAP o el terapeuta de referència del CSMA o del SRC, en base als criteris d'inclusió i exclusió del programa. Aquests realitzaran una breu introducció al programa i n'informaran dels objectius de derivació a l'usuari i en cas d'acceptació per part d'aquest, en facilitaran el seu contacte a l'equip responsable del programa ACR.
- Programació de visita d'acollida. L'equip del programa ACR establirà contacte amb les persones derivades i concertarà una visita d'acollida amb cadascuna d'elles.
- Acollida. Visita d'acollida en la que es durà a terme la presentació de l'equip i explicació detallada del programa, així com l'explicació de les activitats que conformen les diferents fases i selecció de les activitats d'aquestes per part de l'usuari. També es procedirà a l'emplenament i entrega de la següent documentació:

⁹ Veure annex I Programa. Apartat Fitxa descriptiva d'activitats

- ✓ Full informatiu sobre el programa ACR¹⁰
 - ✓ Signatura del full de *Confidencialitat de dades*¹¹.
 - ✓ Signatura del document de *Drets i normativa de grup*¹².
 - ✓ Recollida de dades personals¹³.
 - ✓ Implementació de les *Valoracions Preintervenció* del programa.
 - ✓ Entrega dels horaris i adreces, on es preveu la realització de les activitats seleccionades.
- Aplicació del programa. Implementació del programa ACR amb el grup de persones derivades, a través del desenvolupament seqüencial de cada una de les fases que integren el programa (Activació - Creació - Relació) i amb les seves corresponents sessions de Punt de trobada posteriors a cada activitat d'oci. A la darrera sessió de Punt de trobada, es durà a terme la planificació de propostes individuals per donar continuïtat al procés d'activació a l'alta del programa.
- Alta. Amb el termini del programa, es concertarà una visita individual, per procedir a la implementació de les valoracions Postintervenció del programa, reforçar el compliment de la proposta d'activació individual identificada i acomiadar a l'usuari. L'equip del programa ACR procurarà establir coordinació amb el metge o terapeuta derivant del cas, per realitzar traspàs d'informació sobre l'evolució, la proposta individual d'activació a l'alta i la finalització del programa, per tal d'oferir un continuum en el tractament.

¹⁰ Veure annex I Programa. Apartat Full informatiu sobre el programa ACR

¹¹ Veure annex I Programa. Apartat Full de confidencialitat de dades

¹² Veure annex I Programa. Apartat Document de drets i normativa de grup

¹³ Veure annex I Programa. Apartat Document de recollida de dades personals

5.2. Prova pilot del programa

Per avaluar el funcionament del programa d'oci ACR, es va dur a terme un estudi pilot a la comarca d'Osona, desenvolupat en el període comprès entre l'octubre del 2013 i el juliol del 2014¹⁴, extensible als mesos de setembre i octubre per a la seva explotació de dades i anàlisi de resultats. Entre les accions o etapes realitzades, s'identifiquen els següents punts:

5.2.1. Configuració de la proposta d'activitat del programa¹⁵.

A partir d'un inventari amb aquelles activitats d'oci disponibles en l'entorn proper, per a cada categoria del programa i respectant els criteris del programa es va configurar el següent menú d'activitats:

1. Categoria d'activitat física:
 - 1.1. Exercicis d'estiraments
 - 1.2. Caminades
2. Categoria artística-creativa:
 - 2.1. Pintura
 - 2.2. Fotografia
3. Categoria voluntariat:
 - 3.1. Suport en tasques d'alimentació a persones amb risc d'exclusió social.
 - 3.2. Suport en tasques de cura i manteniment d'animals

5.2.2. Convenis de col·laboració¹⁶

Amb la configuració del menú d'activitats, en el període comprès entre octubre del 2013 i gener del 2014, es va procedir a una prospecció de recerca i coordinacions amb entitats i recursos comunitaris,

¹⁴ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Cronograma

¹⁵ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Fitxes del programa pilot

¹⁶ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Convenis de col·laboració

susceptibles de donar cobertura a les propostes i requeriments establerts per a la prova pilot del programa. Com a resultat d'aquest període i per poder dur a terme la prova pilot del programa ACR, sorgeixen els següents convenis de col·laboració:

- *Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic*. Assumint la cobertura de l'assegurança de responsabilitat civil per a la protecció del projecte d'investigació i de les persones participants¹⁷. També amb la cessió de material administratiu (papers, bolígrafs, grapadora, fotocòpies i telèfon de contacte), material plàstic per a l'activitat de pintura (pinzells, pintura, cartolines, paper d'embalar, pots d'aigua etc.) i disponibilitat de furgoneta de 9 places per dur a terme els desplaçaments fins a la protectora d'animals d'Osona, al tractar-se aquest darrer d'un recurs ubicat en un medi rural de difícil accessibilitat.
- *Consorti Hospitalari de Vic*. Permetent i facilitant l'accés a professionals d'Osona Salut mental, així com també als casos de persones afectades de depressió, candidates a formar part del programa. També per l'ús de despatxos al CSMA d'Osona per a la realització de visites i passació d'escales en la mostra d'estudi.
- *Centre Cívic Can Pau Raba de Vic*. Amb la cessió d'espais per al desenvolupament de les activitats d'Estiraments, Passejades (establert com a punt de sortida per a l'inici d'aquestes) i Pintura, així com també per a les sessions de Punt de trobada.
- *Vic Integració Tecnològica (VIT)*. Facilitant la sala d'informàtica, amb 12 equips amb connexió a internet i projector multimèdia, per al desenvolupament del taller de fotografia.
- Menjador social el Tupí. Oferint la seva infraestructura per a la implementació de l'activitat de voluntariat en tasques relacionades amb l'alimentació a persones amb risc d'exclusió social.
- Banc d'aliments de Vic gestionat per Creu Roja. Oferint la seva infraestructura per a la implementació de l'activitat de voluntariat en

¹⁷ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Responsabilitat civil de l'estudi

tasques relacionades amb l'alimentació a persones amb risc d'exclusió social.

- Protectora d'animals d'Osona. Oferint la seva infraestructura per a la implementació de l'activitat de voluntariat en tasques de cura i manteniment d'animals.
- Servei d'Audiovisuals de la Universitat de Vic. Per la cessió de material fotogràfic per al taller de fotografia.

Tanmateix, en el marc del conveni de pràctiques entre la UVic i la FCMPPPO, es va comptar amb la col·laboració d'un alumne de Teràpia Ocupacional que va donar suport a la implementació del programa, especialment en el desenvolupament de les respectives activitats¹⁸.

5.2.3. Tramitació de l'aprovació del Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC)¹⁹.

Obtenció del document d'aprovació de l'estudi per part del CEIC de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES) en data de 11/02/14.

5.2.4. Inclusió de casos.

Es va comptar amb la col·laboració del Consorci Hospitalari de Vic, possibilitant l'accés a l'equip de professionals d'Osona Salut Mental i disposant del seu assessorament i compromís de participació en l'estudi, mitjançant la presentació del programa d'estudi en sessió clínica hospitalària, a mitjans de febrer del 2014.

A partir de l'acord establert amb l'equip d'Osona Salut Mental, el psiquiatre referent de cas, s'encarregaria d'informar i oferir la proposta de participació en el programa, a aquells subjectes que complissin amb els requisits. En el cas d'acceptació, es facilitaria el contacte a l'equip

¹⁸ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Convenis de col·laboració

¹⁹ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Informe d'aprovació de l'estudi del CEIC

del programa ACR per establir coordinació amb l'usuari i donar continuïtat al protocol del programa.

La mostra inicial obtinguda va ser de 13 participants que reunien els criteris requerits per el programa. Amb tots ells es va establir contacte telefònic per concertar una visita individual.

5.2.5. Recollida de dades, prevaloracions i elecció d'activitats

En el període comprès entre el 17 de març i l'11 d'abril del 2014, es va procedir a la realització de visites individuals amb cadascun dels usuaris candidats a participar en el programa ACR i un membre de l'equip del programa. Aquestes visites es van dur a terme en un despatx d'Osona Salut Mental, en un termini aproximat d'1 hora de durada, i a través d'aquestes es va procedir a la informació i aclariment sobre possibles dubtes en relació al programa, així com a la complimentació del quadern de recollida de dades dels usuaris, integrat per: full informatiu de l'estudi²⁰, consentiment informat de participació²¹, drets i normativa del programa²², document de recollida de dades personals²³, mesures prèvies a l'administració del programa, de les escales de valoració: PHQ-9, SF-36 i escala de benestar psicològic de Ryff, per controlar l'impacte del programa i finalment la presentació del menú d'activitats en format *power point* per a l'elecció d'activitats de cada fase del programa ACR²⁴ i l'entrega del calendari d'activitats i espais amb informació dels horaris i localitzacions en els que es duïen a terme les respectives activitats²⁵.

²⁰ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Full informatiu de l'estudi

²¹ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Consentiment informat de participació a l'estudi

²² Veure annex I Programa. Apartat Drets i normativa del programa

²³ Veure annex I Programa. Apartat Document de recollida de dades personals

²⁴ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Presentació menú d'activitats - Power point

²⁵ Veure annex II Estudi Pilot. Apartat Calendari d'activitats i espais

5.2.6. Aplicació del programa ACR

Desenvolupat en el període comprès entre el 15 d'abril i el 9 de juliol del 2014. Amb una distribució de les activitats d'oci els dimarts en franja de matí, amb horari i espai de realització variables en funció del tipus d'activitat seleccionada per les persones usuàries a cada fase:

1^a Fase (Activació). Durant 4 dimarts (15, 22 i 29 d'abril i 6 de maig).

- Estiraments: de 10 a 11h al Centre Cívic Can Pau Raba.
- Caminades: de 11:30 a 12:30h, sortint del Centre Cívic Can Pau Raba i variant a partir dels diferents recorreguts establerts (Bosc del Puig dels jueus, ruta entorn Gurri-Pont del Bruguer...).

2^a Fase (Creació). Durant 4 dimarts (13, 20 i 27 de maig i 3 de juny).

- Pintura artística: de 10 a 11h al Centre Cívic Can Pau Raba.
- Fotografia artística: de 11:30 a 12:30h al *Vic Integració Tecnològica (VIT)*.

3^a Fase (Relació). Durant 4 dimarts (10, 17 de juny i 1 i 8 de juliol).

- Cura i manteniment d'animals: de 10 a 12h a la protectora d'animals d'Osona.
- Suport en l'alimentació a persones amb risc d'exclusió social: de 11 a 13h al menjador social el Tupí i al Banc d'aliments de Vic.

Mentre que el punt de trobada es va dur a terme els 12 dimecres consecutius (16 d'abril fins el 9 de juliol, aquest darrer inclòs), a les diverses activitats d'oci, al Centre Cívic Can Pau Raba de Vic en horari de 15:30 a 17h.

5.2.7. Post valoracions i tancament

En el període comprès entre el 10 i el 25 de juliol del 2014, es va procedir a la realització de visites individuals amb cadascun dels usuaris que van completar el programa ACR i un membre de l'equip del programa. De la mateixa forma que la primera visita individual, aquestes també es van dur a terme en un despatx d'Osona Salut Mental, en un termini aproximat de 40 minuts, durant el que es va fer la complimentació de les mesures posteriors a l'administració del programa, de les escales de valoració del programa ACR, per controlar l'impacte d'aquest, es va reforçar el compliment de la proposta individual d'activació escollida a l'alta del programa, donant pas al comiat i al tancament del programa, amb cadascun dels usuaris participants. Tanmateix, durant aquest període es va procedir a la coordinació amb professionals de referència dels usuaris a Osona Salut Mental, per notificar la finalització del programa, donant la opció a un breu traspàs d'informació sobre l'evolució d'aquests.

5.2.8. Anàlisi de dades

En el darrer trimestre del 2014 es va dur a terme l'explotació i l'anàlisi de dades recollides en la prova pilot. Tenint en compte el caràcter exploratori i preliminar de l'estudi, es van utilitzar test estadístics apropiats per a mostres petites. Aplicant la prova no paramètrica T de Wilcoxon per a la comparació de mitjanes i la desviació estàndard. L'anàlisi es va aplicar al test-retest del promig de puntuació dels resultats obtinguts amb les escales de Benestar psicològic de Ryff, PHQ-9 i SF-36, administrades durant els períodes pre i post intervenció del programa ACR. L'anàlisi de dades es va realitzar amb el paquet de dades estadístiques SPSS 19.

6. RESULTATS

Dels 13 participants candidats al programa finalment 6 van arribar a completar-lo. Entre els motius de desvinculació del programa s'identifiquen: 3 participants per descompensació psicopatològica, 3 participants que interrompen el programa per incorporació laboral i 1 participant a causa d'un canvi de domicili.

Les principals característiques sociodemogràfiques de la mostra que van completar l'estudi (taula 11), responen a un grup de tres dones i tres homes, la majoria d'ells d'ètnia caucàsica europea i un últim d'ètnia hispana; cinc amb diagnòstic de depressió major i un últim amb trastorn distímic; tres d'aquests amb antecedents familiars per depressió; tots realitzant tractament farmacològic, amb una bona adhesió a aquest i cinc d'ells vinculats a tractament psicològic, amb una bona adhesió; respecte a l'estat civil dues persones eren solteres, tres casades i una divorciada; quatre persones amb fills; totes elles amb suport familiar; respecte al nivell d'estudis hi havia una persona sense estudis, dos amb estudis primaris, una amb estudis secundaris i dos amb estudis universitaris; respecte a l'habitatge dues persones vivien en domicili familiar i les altres quatre a domicili de propietat; en la situació laboral hi havia una persona en situació legal d'atur, una altra en situació d'invalidesa temporal i la resta eren pensionistes; del total de la mostra la meitat presentaven creença espiritual.

Taula 11. Característiques sociodemogràfiques de la mostra d'estudi

Variable		Nº Persones
Edat	$\bar{X}=50,2$ (entre 42-60 anys)	
Sexe	Home	3
	Dona	3
Diagnòstic (Trastorn depressiu)	Tn. Depressió Major	5
	Tn. Distímic	1
Estat Civil	Solter	2
	Casat	3
	Separat / divorciat	1
Fills	Sense fills	2
	Amb fills	4
Suport familiar	Amb suport familiar	6
Estudis	Sense estudis	1
	E. Primaris	2
	E. Secundaris	1
	E. Superiors /Universit.	2
Vivenda	Familiar	2
	Propietat	4
Situació laboral	Atur	1
	Invalidesa Temporal	1
	Pensionista	4
Antecedents familiars de depressió	Amb antecedents	3
	Sense antecedents	3
Ètnia	Caucàsica europea	5
	Hispana	1
Espiritualitat	Presència	3
	Absència	3
Tractament farmacològic	6 amb bona adhesió	
Tractament psicològic	5 amb bona adhesió	

En els resultats obtinguts a partir de la prova pilot del programa ACR observem:

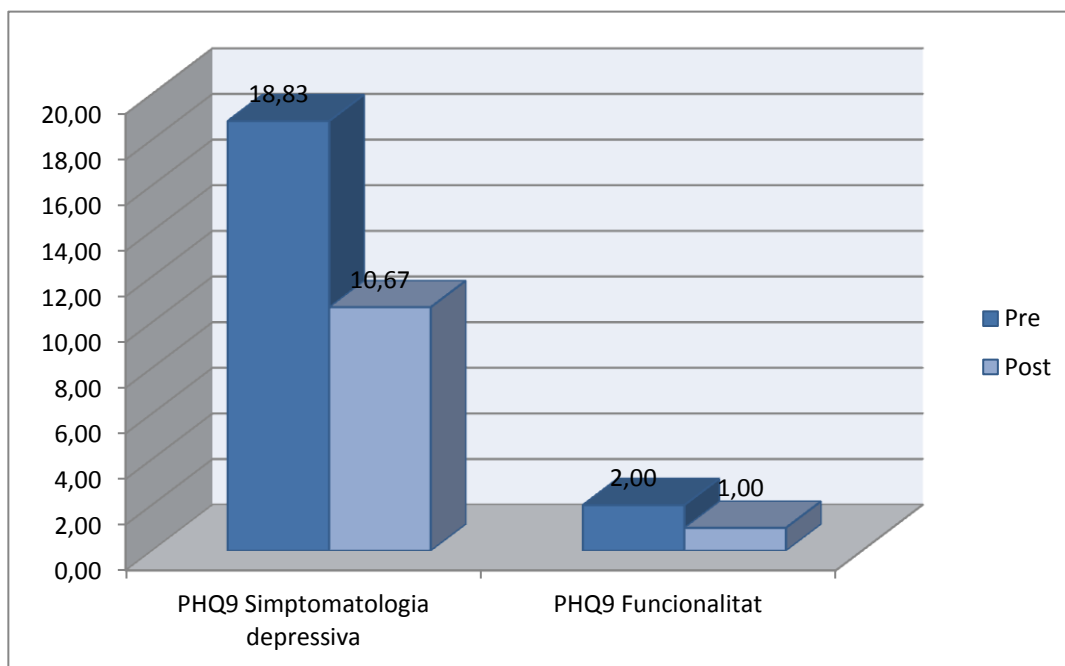
- L'assistència general, a les 24 sessions del programa, va obtenir un promig del 88'50%. Amb un total de 17 faltes d'assistència, de les quals totes van ser justificades.
- En l'enquesta de satisfacció personal es van obtenir els següents promitjos de puntuació sobre un màxim de 5 (taula 12): \bar{x} = 4,26 en organització; \bar{x} = 4,02 en contingut i objectius; \bar{x} = 4,4 en dinàmica; \bar{x} = 4,3 en motivació; \bar{x} = 4,8 en conducció del grup; \bar{x} = 3,9 Beneficis en relació a la malaltia; \bar{x} = 4,83 en la valoració global. En l'apartat obert d'observacions es va destacar: cohesió de grup establerta entre els participants en el programa, el sentiment de pertinença experimentat, l'adquisició de compromís amb el programa, sortir de casa, el tracte i la comprensió rebudes per part dels terapeutes dinamitzadors.

Taula 12. Puntuació enquesta de satisfacció

Àrees valorades del programa	Puntuació promig
A. Organització	4,26
B. Continguts i objectius	4,02
C. Dinàmica	4,4
D. Motivació	4,3
E. Conducció del grup	4,8
F. Beneficis en relació a la malaltia	3,9
G. Valoració global	4,83

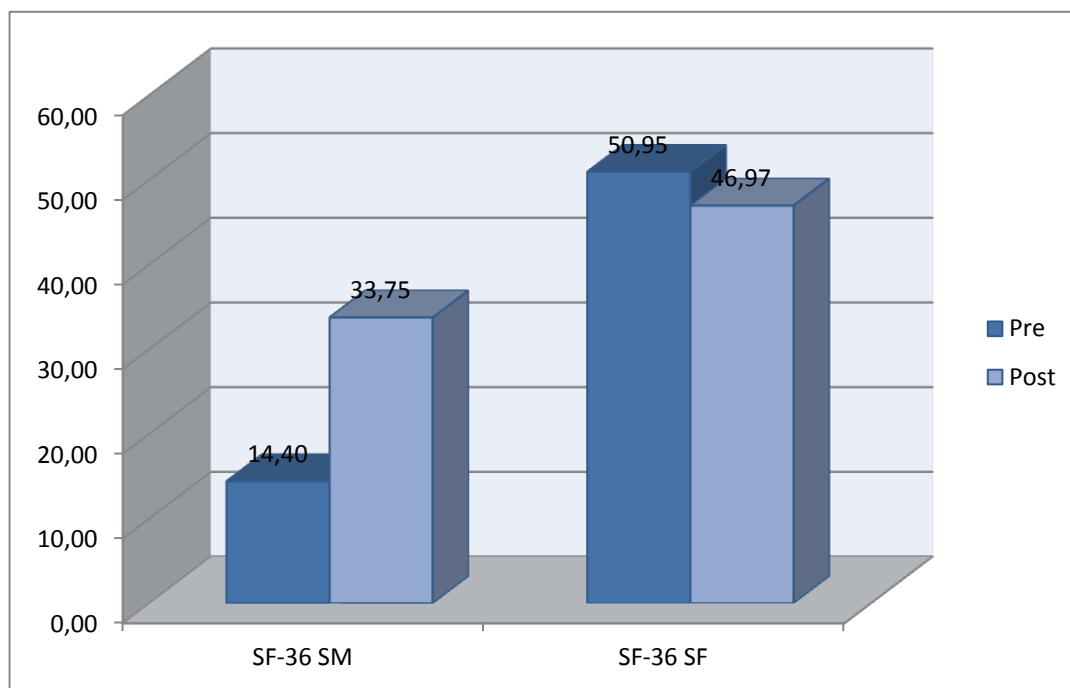
- En els resultats obtinguts del PHQ-9, corresponent a la mesura de presència de **simptomatologia depressiva** i funcionalitat, tal com es mostra en la gràfica 1, s'identifica una diferència estadísticament significativa ($P=0,027$), amb una disminució dels nivells de simptomatologia depressiva respecte a la mesura prèvia al programa: $\bar{x}= 18,83$ ($S^2=4,7$) i la mesura posterior al programa: $\bar{x}= 10,67$ ($S^2=5,3$). Pel que respecta al nivell de **repercussió funcional** també es detecten diferències significatives ($P=0,014$) amb puntuacions de $\bar{x}= 2$ ($S^2=0,6$) a la mesura prèvia i de $\bar{x}= 1$ ($S^2=0,6$) a la mesura posterior.

Gràfica 1. Resultats PHQ-9



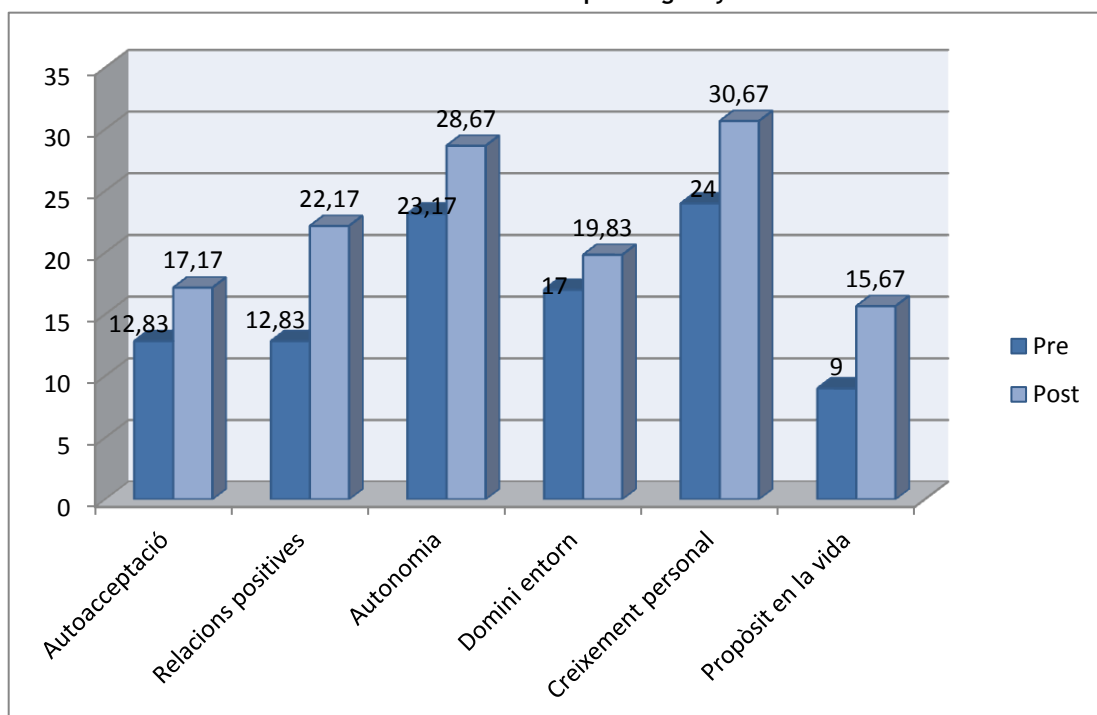
- En els resultats obtinguts del SF-36(V2), corresponent a la mesura de **qualitat de vida**, tal com es pot observar en la gràfica 2, en la dimensió de salut mental es detecta una millora, amb una diferència estadísticament significativa ($P=0,027$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}=14,40$ ($S^2=10,01$) i la mesura posterior: $\bar{x}=33,75$ ($S^2=15,88$). Per altre banda, s'observa una disminució estadísticament significativa ($P=0,046$) en la dimensió de la salut física en relació a la mesura prèvia: $\bar{x}=50,95$ ($S^2=8,02$) i la mesura posterior: $\bar{x}=46,96$ ($S^2=7,93$).

Gràfica 2. Resultats SF-36(V2)



- En els resultats obtinguts de l'Escala de benestar psicològic de Ryff-adaptació Espanyola (Díaz et al., 2006), corresponent a la mesura de **benestar psicològic**, tal com es pot observar en la gràfica 3, apareix un increment estadísticament significatiu en les dimensions: d'Autoacceptació ($P=0,041$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 12,83$ ($S^2=6,91$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 17,17$ ($S^2=7,27$); Relacions positives ($P=0,028$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 12,83$ ($S^2=5,19$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 22,17$ ($S^2=5,77$) i Creixement Personal ($P=0,046$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 24$ ($S^2=4,05$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 30,67$ ($S^2=5,42$). Mentre que en la resta de dimensions, tot i que s'identifiquen puntuacions superiors en la mesura post, aquestes no arriben a ser estadísticament significatives: Autonomia ($P=0,068$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 23,17$ ($S^2=4,70$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 28,67$ ($S^2=9,26$); Domini de l'entorn ($P=0,340$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 17$ ($S^2=5,21$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 19,83$ ($S^2=5,60$) i Propòsit de vida ($P=0,066$) entre la mesura prèvia: $\bar{x}= 9$ ($S^2=4,51$) i la mesura posterior: $\bar{x}= 15,67$ ($S^2=9,26$).

Gràfica 3. Resultats escala benestar psicològic Ryff



- Respecte a les competències, sensacions, emocions i les reflexions identificades i recollides a través dels registres de fortaleeses del *punt de trobada*²⁶ per els usuaris participants en la prova pilot al llarg del programa, a continuació s'identifiquen organitzades en relació a les diferents fases d'aparició (taula 13).

Taula 13. Resum registre de fortaleeses del punt de trobada (fase activació)

Competències	Sensacions / Emocions	Reflexions
- Activar-me	- Benestar	- Ahir em va costar venir pensant que havia de començar
- Compromís	- Nervis	- Tinc una rutina
- Comunicació amb d'altres	- D'eficàcia	- He vist que les activitats es poden adaptar
- D'expressar-me	- Comoditat	- Això m'ajuda a sortir de casa i activar-me
F - D'assertivitat	- Progrés	- M'ha anat bé per resoldre temes pendents
A - D'assumir reptes	- D'activació	- M'ajuda a estar millor
S - D'assistir	- D'enyorança del grup	- Ahir era un dia especialment dur, però vaig venir.
E - Resolució de problemes	- Satisfacció	- Em costa parlant, però ho estic fent
- Buscar alternatives	- D'estar a gust	- M'ajuda a sortir de casa
D - De fer elogis	- Pertinença	- M'agrada venir, ho trobaré a faltar quan s'acabi
' - Tenir cura de la imatge	- Millora	- Faig una cosa diferent
A - D'afrontament de les adversitats	- Confiança	- Fa mandra especialment després de dinar... però ho faig
C - Sincerar-me	- Desfogament	- Al principi tenia dubtes, però va anar bé venir i parlar-ne.
T - De fer-me propòsits	- D'acompanyament	- Haig de parlar més
I - D'establir una rutina	- Cansament	- Si ho he pogut fer és perquè es pot repetir
V - Parlar amb desconeguts	- De trencar amb la rutina	- És necessari expressar les emocions
A - D'assumir reptes	- D'identificació amb el grup	- M'haig de reforçar a venir
C - Capacitat d'ocupar-me	- Il·lusió	- A la gent del grup li passa el mateix que a mi
I - De complir un horari establert		- Tinc ganes de sentir-me escoltada
Ò - De canviar de mentalitat		- He fet exercici i no tinc agulletes
		- He dubtat en venir i al final he hagut de córrer
		- He començat a fer estiraments a casa
		- Arrel de venir estic més comunicativa amb la Família (He deixat de ser la "mudeta" de casa: fins ara no parlava gaire, ara tinc coses per explicar)

²⁶ Veure annex I Programa. Apartat Registre de fortaleeses - Punt de trobada

Taula 13. Resum registre de fortaleces del punt de trobada (fase de creació)

Competències	Sensacions / Emocions	Reflexions
- Compromís d'assistència	- Satisfacció	- M'hi trobo bé, vinc amb ganes
- Afrontar les pors	- Benestar	- Tinc uns deures, és com si vingués a treballar.
- D'acceptació de la depressió	- Comoditat amb el grup	- M'activo
- De gestió les emocions	- Sensació de pertinença a un grup	- El fet d'acceptar la depressió m'ajuda a no patir tant
F - Responsabilitat	- Positivitat	- M'ha anat bé pintar
A - Treball en equip	- Sensació de suport	- Viure en el present m'ajuda a no encallar-me tant
S - Finalitzar una tasca	- Sensació de protecció	- L'activitat ha anat molt bé
E - Baixar resistències	- Pertinença	- He fet un collage
- Motivar-me	- D'activació	- No vaig poder venir, i vaig experimentar que fallava a un compromís.
D - De treballar a gust	- Distracció	- Això m'anima
E - D'interacció amb altres	- Motivació	- Vinc amb ganes, especialment al matí
- Creativitat	- Progressiva millora	- Em sento molt bé amb el grup
C - D'aplicar habilitats socials	- D'activar-me	- És important ser creatiu i imaginatiu
R - Força voluntat	- Agradable	- M'ha agradat retrobar als companys
E - Calmar-me	- Sento que això es necessari	- Arrel del programa estic caminant més i no agafo tant el cotxe
A - De superar la mandra	- Em trobo a gust	- Durant aquesta setmana he pensat de pintar a casa
C - Sinceritat	- Gaudir	- Durant aquestes estones m'he apartat dels pensament depressius
I - De capgirar pensaments negatius	- Relax	- Tot i que m'he angoixat pensat que no acabaria el dibuix, al final m'he calmat
- Reprendre una activitat que m'agradava		- M'ha passat ràpid
- D'activació		- He aprofitat que venia al programa per anar a comprar (feia temps que no ho feia)
		- Ho he fet i puc tornar-ho a fer
		- Ho trobaré a faltar quan s'acabi
		- M'estic posant reptes
		- Tinc un motiu per venir

Taula 13. Resum registre de fortaleces del punt de trobada (fase de relació)

Competències	Sensacions / Emocions	Reflexions
- Ser capaç d'assistir al programa	- Benestar	- Inicialment difícil, però progressivament m'he anat trobant millor.
- Aplicar la paciència	- Progrés	- Em sento actiu
- Activar-me	- Sensació de pertinença a un grup	- Em fa sentir com si estigués treballant
F - Sortir de casa	- Ambivalència (part bona i part dolenta)	- Em vaig mentalitzant que haig de sortir de casa
A - Mantenir compromís amb l'activitat	- Sento que tinc un compromís	- Tinc facilitat per parlar amb altres
S	- Tranquil·litat	- He assistit amb ganes
E - Capacitat d'afrontament	- Utilitat	- No vaig poder venir però vaig pensar amb el grup.
- Habilitats de comunicació	- Alegria	- Em puc relacionar amb d'altres
D - M'he preocupat pels altres	- Comodat	- Costa anar a fer l'activitat, però un cop hi sóc, vaig fent.
E - Capaç d'establir una rutina	- Superació	- Ho trobaré a faltar quan s'acabi
- Afrontament del malestar	- Pertinença	- He fet quelcom pels altres
R - Afrontament de la pregunta "Com estàs" feta per altres	- Sensació de consolidació de rutina	- M'ha anat bé per identificar aspecte a millorar i a reforçar de la meva feina
E	- Sensació agradable	- Em costa parlar, però ho estic fent
L - Compromís		- Tot i que hi han hagut tasques que no m'han agradat m'ha anat bé parlar-ne amb els companys
A - Afrontament de pensaments d'evitació.		- M'encanten els gossos
C - He sigut puntual		- He tingut una conversació distesa amb d'altres voluntaris
I - Capacitat d'empatitzar amb els altres		- M'angoixa afrontar nous reptes, però és important valorar el que estic aconseguint
- D'afrontar nous reptes		- Podríem quedar algun dia per dinar amb el grup
- Tractar amb desconeguts		- Serveixo per treballar
- D'ajudar als altres		- Crec que algun dia podré treballar
- Capacitat d'aprendre		

7. DISCUSSIÓ

En el present estudi s'ha intentat elaborar un programa psicosocial de baixa intensitat, a partir del reconegut model d'activació conductual (Martell, Addis, & Jacobson, 2001), centrat en la planificació i programació d'activitats físiques, artístiques i de voluntariat, desenvolupades a la comunitat, amb un acompanyament professional adaptat per afavorir-ne la realització d'aquestes i un anàlisi funcional basat en la psicologia positiva (Seligman, 1999), a través de la identificació, l'anàlisi i el reforç d'aquelles competències existents i objectivables sobre la pròpia activitat desenvolupada i experiències viscudes, amb l'objectiu de contrarestar aquelles distorsions i pensaments pessimistes.

La primera part de la discussió es centrarà en el procés de disseny de la intervenció. Posteriorment es procedirà a l'anàlisi dels resultats. S'exposaran les limitacions present en l'investigació duta a terme i finalment se'n delimitarà el seu potencial d'abast així com possibles línies de treball futures.

7.1. Disseny

La identificació d'una absència de programes psicosocials especialitzats en el tractament de la depressió a la comarca d'Osona, amb el reconeixement d'evidència sobre l'eficàcia d'aquest tipus d'intervencions (De Silva, Cooper, Li, Lund, & Patel, 2013) i en concret de l'activació conductual (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007), va incentivar a la proposta d'elaboració del programa ACR.

Tot i la innovació d'aquest, amb la incorporació de noves categories d'activació, complementaries a les propostes predominants existents, basades en exercicis i programes d'activitat física. Aquesta es fonamenta a partir de l'incentiu motivacional i d'autodeterminació, aportat per l'ús de l'oci com instrument terapèutic i d'estímul al canvi conductual (Morales & Bravo, 2006). Tanmateix, l'ús d'una perspectiva positiva amb la inclusió de les fortaleeses i

experiències positives de l'individu per posar de manifest els recursos propis amb els que la persona compta per fer front a les debilitats o mancances existents (Vázquez & Hervas, 2008), s'ajusta i complementa el seguiment de l'evolució de l'estat d'ànim dels usuaris. Tècniques totes elles caracteritzades per la senzillesa i l'economia de recursos, dirigides a l'increment progressiu de l'activació i bloqueig de l'evitació, alineat a la proposta del model d'activació conductual (Barraca, 2009).

En la selecció dels instruments de mesura, van sorgir dilemes de tipus quantitatiu i qualitatiu, davant la presència de múltiples opcions amb potencial interès alhora de valorar l'impacte del programa. Donant pes finalment a un enfoc centrat en la persona, optant per un ús mínim d'aquests, prioritzant-ne aquells d'àgil aplicació. A partir de les variables d'estudi establertes, la selecció va ser determinada pels següents criteris:

- Variables de simptomatologia depressiva i funcionalitat. Tot i el reconeixement d'altres instruments amb àmplia presència d'ús en el camp empíric, com l'inventari de depressió de Beck, l'escala de Hamilton per la depressió (HRSD) o l'escala Montgomery-Asberg (MADRS) per citar-ne alguns dels més detectats. L'elecció del PHQ-9, es va fonamentar en la presència d'un nombre d'ítems inferior al promig i la inclusió de l'avaluació de l'impacte funcional respecte la simptomatologia depressiva, sense renunciar a la rigorositat i eficàcia de l'instrument, el qual compta amb la seva indicació d'ús a la ruta de la depressió a d'Osona.
- Variable de qualitat de vida. Per la seva consideració com un dels instruments de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut més utilitzats i avaluats en la investigació en diverses poblacions, incloent els trastorns depressius (Vilagut et al., 2005) es va optar per SF-36. Amb una aplicació àgil i simple, absent del requeriment d'una coneixença prèvia dels casos en els que s'aplica.

- Variable de benestar. En base a una perspectiva d'intervenció basada en les competències, es va considerar imprescindible de comptar amb una mesura alineada amb aquest enfoc. En la recerca dels principals indicadors del funcionament òptim de l'ésser humà, es va identificar la seva confluència amb el benestar, diferenciat en 2 tradicions (Ryan & Deci, 2001): una relacionada fonamentalment amb la felicitat (benestar subjectiu o hedònic) i l'altre lligada al desenvolupament del potencial humà (benestar psicològic o eudaimònic). Per la seva alineació amb una perspectiva de capacitats i de creixement personal, en l'elecció es va prioritzar l'ús d'un instrument que permetés mesurar el benestar psicològic, d'entre els quals es va seleccionar l'escala de Benestar psicològic de Ryff, per la seva favorable atenció i suport empíric rebuts (Ryff & Keyes, 1995).
- Compromís d'assistència. Per la seva simplicitat d'aplicació, el seu ús està en els diferents programes de rehabilitació psicosocials i la seva aportació com a mesura de reforç en el compromís d'assistència, en tant que permet als propis participants objectivar la pròpia assistència així com la de la resta de participants, es va proposar l'ús d'un registre de signatures.
- Grau de satisfacció. A partir de l'exclusivitat del programa i degut a una absència de disponibilitat d'un instrument estandarditzat que permetés mesurar el grau de satisfacció respecte la intervenció a través de les variables d'interès proposades, es va identificar la necessitat de creació d'una enquesta específica que oferís la possibilitat de seguiment de la tendència i la comparació dels resultats respecte l'aplicació d'aquest programa. En aquest punt cal tenir en compte les limitacions de contrast per extrapolació amb d'altres programes.

7.2. Estudi pilot

En la prova pilot realitzada, el programa ACR va presentar dificultats rellevants per a la captació de casos. Atribuïbles en bona mesura a una baixa tradició de la derivació de casos amb diagnòstic de depressió a programes psicosocials, sent aquests habitualment atesos des dels recursos sanitaris d'atenció primària, així com també, a una tendència habitual en l'abordatge de la depressió a partir de la qual es dona prioritat a la farmacoteràpia, respecte a altres possibles intervencions.

Dels 13 casos inicialment derivats, 6 van arribar a completar l'estudi. Aquest fet presenta correspondència amb l'imprevisibilitat de la logística assistencial dels processos terapèutics, sense oblidar el reconeixement de la depressió com a diagnòstic amb una menor taxa d'adherència al tractament en l'àmbit nacional (Rivera, 2012). També hi van haver recaigudes d'alguns casos, que no els van fer possible la continuïtat del programa. Per això, en futures experiències, caldrà contemplar un increment d' almenys 1/3 d'usuaris per sobre del total d'inici proposat. Paral·lelament, el grau d'assistència realitzat pels subjectes que van finalitzar el programa, es va completar amb una mitjana de 88,5%, resultat que demostra una significativa adherència, ateses les característiques del perfil.

Respecte al desenvolupament de les diferents activitats d'oci seleccionades per integrar les respectives fases del programa, es van identificar situacions puntuals d'anticipació negativa, majoritàriament atribuïdes a sensacions d'inseguretat i sentiment d'incompetència respecte l'activitat a desenvolupar, especialment en el moment previ a l'inici de la 1^a sessió de cada fase. Val a dir que totes elles van poder ser reconduïdes in situ favorablement, a través del suport, adaptació i reforç positiu aplicat per el terapeuta, així com en determinades ocasions per part dels propis usuaris companys de grup, estimulants actituds d'afrontament i participació en l'activitat. D'entre aquestes situacions en podria ser un exemple representatiu la situació

esdevinguda en el context d'una sessió de voluntariat a la protectora d'animals, a partir de la qual un usuari va verbalitzar el seu malestar derivat de la realització de determinades tasques de manteniment amb els animals. Ocasíó en la qual el terapeuta va procedir a l'adaptació de l'activitat, mitjançant un canvi de tasca dins la mateixa protectora, fet que va permetre la continuïtat i finalització de la fase, així com el reforç positiu per la capacitat de resolució i afrontament respecte l'adversitat, per part dels companys del grup.

En el cas de les sessions de Punt de trobada, basades en l'anàlisi de l'activitat d'oci desenvolupat, van sorgir dificultats i resistències per part d'alguns dels usuaris, al llarg de tot el programa i especialment en les primeres sessions, alhora de complimentar registres de fortaleces del *punt de trobada*, per a la transcripció de les competències aplicades. Aquesta situació va precisar de reconducció a través de suport per a la identificació i reforç positiu i en alguna ocasió, de l'aclariment i recordatori dels motius i objectius d'aquest exercici, però en cap cas es va haver d'ometre la complimentació del registre de fortaleces del *punt de trobada*. Aquest fet es correspon amb el reconeixement que fa Pollock (2001), alhora d'iniciar un tractament amb persones afectades de depressió, on generalment les expectatives apunten a 3 línies: 1. Conversar els seus problemes, 2. Rebre ajuda o assessorament professional i 3. Rebre prescripció per medicació antidepressiva, a partir del qual es reconeix una tendència a l'actitud passiva per part de l'usuari alhora d'iniciar tractament que impliquen un rol actiu. El mateix Pollock remarca la importància d'establir un procés col·laboratiu entre terapeuta i usuari que involucri a un apropament biopsicosocial, el qual repercutirà en una ampliació del camp perceptual de l'usuari i en facilitarà la seva predisposició a l'activació.

Per altre banda, i coincidint amb el plantejament de Seligman (2003) de que el canvi de respostes negatives per d'altres més positives augmenta l'optimisme i n'afavoreix la reconducció de pensaments negatius, en la globalitat de les reflexions recollides al llarg del programa, en les diferents

sessions del Punt de trobada, s'identifica una tendència a una perspectiva positiva amb l'identificació de moments de satisfacció i plenitud, així com a una autopercepció més competent i funcional.

L'enquesta de satisfacció, amb puntuacions elevades en les respectives àrees valorades (organització, contingut i objectius, dinàmica, motivació, condició del grup i beneficis en relació a la malaltia) i especialment en la seva valoració general (4,83 sobre un màxim de 5), demostra un alt grau de satisfacció entre la mostra.

En consonància amb l'objectiu d'avaluació de l'impacte del programa ACR en relació al benestar psicològic, la qualitat de vida i la funcionalitat en persones afectades de depressió, en les mesures de test-retest es va observar una tendència amb efectes estadísticament significatius sobre les variables de simptomatologia depressiva, funcionalitat, salut mental, autoacceptació, relacions positives i creixement personal. L'efecte positiu sobre aquestes variables es correspon amb les relacions establertes entre el reforç, l'estat d'ànim, el comportament i la depressió, identificades pels models de la psicopatologia de l'activació conductual (Manos, Kanter, & Busch, 2010) propiciat mitjançant el procés d'activació funcional amb acompanyament professional, a través d'un tracte dignificant centrat en la persona, en un context d'iguals en relació a la simptomatologia depressiva, afavoridor per a la construcció de xarxes afectives, d'empatia i de suport entre els participants. Les puntuacions en les variables d'autonomia, domini de l'entorn i propòsit en la vida, van ser positives sense arribar a revelar resultats estadísticament significatius.

Pel que fa a la puntuació obtinguda en la dimensió física de qualitat de vida, es va detectar una correlació negativa amb el programa. Aquests resultats contrasten amb les dades observacionals captades per l'equip del programa, així com de les pròpies reflexions emeses en el transcurs del programa, pels usuaris participants, a partir de les quals es reconeixen millores en aquesta dimensió (tolerància a l'esforç, mobilitat, activació...). Fet que els autors

interpretem com a resultat reactiu a la influència d'una mala percepció de la salut física després d'un període d'activació, entre persones sedentàries.

A partir d'aquests valors inicials obtingut en l'anàlisi experimental del programa, s'identifiquen resultats prometedors, però convé incentivar treballs de recerca en aquesta línia, que fonamentin l'eficàcia d'aquest tipus d'intervencions, donant lloc a la participació i interacció de diversos professionals de l'àmbit social i sanitari. I si s'incrementa la mostra, per consolidar i generalitzar els resultats, s'hauria de comptar amb grups de diferents ètnies, estats civils, nivells socioeconòmics i educatius, amb diferents graus d'espiritualitat i amb presència i absència d'antecedents familiars amb diagnòstic depressiu.

7.3. Limitacions

Aquest estudi té diverses limitacions que han de tenir-se en compte quan s'interpreten els resultats.

1. Degut a la novetat del programa, existeix una absència de referència per poder comparar. No obstant, s'han contemplat les experiències prèvies existents en intervencions psicosocials de baixa intensitat en depressió i l'experiència de l'àrea de rehabilitació en salut mental de la comarca d'Osona.
2. En relació a la prova pilot, conseqüència de les dificultats esdevingudes en el procés de captació de casos, del qual se'n deriva l'absència d'un grup control així com un reduït tamany en la mostra de participants, aquest fet en limita en gran mesura la generalització dels resultats trobats, alhora que n'impedeix d'extreure conclusions fermes.

3. També hauria resultat interessant l'aplicació de les valoracions del programa a partir del transcurs del primer mes de la seva finalització, per mesurar-ne l'impacte del programa en el temps.
4. En la vessant metodològica del programa s'ha trobat a faltar una sessió prèvia de punt de trobada que permetés l'acollida i la presentació de tots els participants, com a mesura qualitativa d'introducció en aquest, enlloc de començar directament amb l'aplicació de les respectives activitats d'oci.

7.4. Abast i perspectives futures de la investigació

No obstant les limitacions implícites en l'estudi, d'aquest se n'extreu un potencial abast en relació a:

- Aprofundir en el disseny, l'ús i l'anàlisi d'intervencions de baixa intensitat.
- Contemplar l'aplicació de programes psicosocials com a mesura per evitar que la depressió evolucioni a formes més greus, recaigudes i recurrència.
- Incentivar les intervencions basades en una perspectiva del guany i de les competències, aplicades als trastorns depressius.
- Complementar la ruta de la depressió a la comarca d'Osona a través d'intervencions psicosocial de baix cost, fàcilment reproduïbles.
- Promoure la relació proactiva respecte la pròpia salut en persones afectades de depressió.
- Fomentar línies de recerca i d'investigació entre els recursos de rehabilitació i reinserció comunitària en salut mental d'Osona.
- Estimular línies de col·laboració i interacció transversals entre recursos socials i sanitaris del territori.

Per aquest motiu, amb els resultats prometedors obtinguts i el caràcter innovador del programa, es dona peu a considerar-ne la seva continuïtat, contemplant futures línies d'investigació que n'afavoreixin la seva consolidació. D'entre les quals se'n destaquen:

- L'aplicació de l'estudi en una població de característiques similars amb l'objectiu de provar els efectes de la variable independent "programa ACR" com a tractament exclusiu, evitant possibles biaixos en els resultats obtinguts fruit de la interferència d'altres tractaments (ex. farmacoteràpia o psicoteràpia).
- Aplicar l'estudi en una població constituïda per individus d'altres grups heterogenis, segons sexe (homes o dones), per franges d'edat (donant lloc a l'aplicació en grups d'adolescents o adults grans), amb tipus d'activitats adequades per aquestes edats o d'ètnies (contemplant-ne l'adaptació amb activitats habituals i significatives al context sociocultural d'origen, entre d'altres).
- Adaptar el programa a subjectes que presenten diferents patologies associades a la depressió, com diabetes, hipertensió arterial, insuficiència respiratòria, trastorn límit de la personalitat, trastorn per ús de substàncies etc. acomodant-lo i determinant recomanacions específiques adequades segons les característiques mèdiques i psicopatològiques de cada cas i cercant el màxim nombre de beneficiaris.
- Integrar el programa, en la seva vessant d'activitats d'oci, en d'altres activitats o accions que s'estiguin desenvolupant en la comunitat (activitats d'oci desenvolupades en serveis de rehabilitació o grups de passejades gestionats des dels serveis d'atenció primària, per citar alguns exemples) com a mesura de sostenibilitat, possibilitant la optimització de recursos existents, alhora que es fomenta un ús

transversal dels recursos existents en la xarxa, així com la interacció entre diversos perfils d'usuaris. Preservant l'especialització i la pertinença de grup adreçat a persones amb trastorns depressius, des de la intervenció grupal d'anàlisi de l'activitat desenvolupat en les sessions de punt de trobada.

8. CONCLUSIONS

En relació als objectius específics establerts en l'estudi, se n'extreuen les següents conclusions:

1. L'aplicació del programa ACR permet complementar la rehabilitació terapèutica (biopsicosocial) en les persones afectades de depressió.
2. La participació en el programa ACR permet estimular l'activació conductual en les persones afectades de trastorn depressiu lleu-moderat.
3. L'aplicació del programa ha permès afavorir la participació en recursos comunitaris a persones afectades de depressió lleu-moderada.
4. Els usuaris que han participat en el programa ACR refereixen una millora en el seu benestar psicològic, la qualitat de vida i la funcionalitat global.
5. La metodologia del programa ACR, ha estimulat l'augment del control i participació sobre el tractament en els seus participants, a través de la implicació en la presa de decisions respecte la configuració definitiva del programa, així com de la possibilitat d'evidenciar la repercussió de la pròpia conducta sobre la funcionalitat i el benestar.

Es confirmen les hipòtesis plantejades:

- I. S'ha comprovat l'acceptació i el valor del programa entre persones afectades de depressió lleu-moderada.
- II. La participació en el programa d'oci psicosocial ACR ha estimulat l'activació conductual de persones afectades de depressió lleu-moderada.
- III. El programa d'oci psicosocial ACR ha possibilitat que persones afectades de depressió lleu-moderada participin i interactuïn en recursos comunitaris.
- IV. L'activació conductual i la participació comunitària té efectes positius en el benestar i la funcionalitat en les persones afectades de depressió lleu-moderada.
- V. El programa d'oci psicosocial ACR ha estimulat la presa de decisions i la participació activa respecte el tractament en persones afectades de depressió lleu-moderada.

9. REFLEXIÓ PERSONAL

*M'ho van explicar i ho vaig oblidar, ho vaig veure
i ho vaig entendre, ho vaig fer i ho vaig aprendre.*

(Confuci)

Quan al setembre del 2011 iniciava els tràmits per a la matriculació en el programa doctoral de Salut, benestar i qualitat de vida a la UVic, amb la qual donava el tret de sortida a aquest procés d'investigació, poc podia preveure quan ni com finalitzaria. Actualment, mirant endarrere, n'identifico un recorregut d'intenses fluctuacions, un híbrid entre pista americana i muntanya russa, un caleidoscopi d'emocions i sensacions (motivació, frustració, satisfacció, estrés, optimisme, bloqueig, superació...). El camí recorregut ha posat a prova les competències personals, donant lloc a situacions en les que aquestes semblaven superades per el nivell del repte a afrontar. Especialment en aquestes ocasions, el suport rebut ha tingut un paper rellevant per afrontar les adversitats esdevingudes, així com una dosis d'energia extra per seguir endavant.

Actualment, des d'aquest punt del trajecte amb la sensació del peix que ha aconseguit pujar a les primeres branques de l'arbre, i girant el cap endarrere per agafar perspectiva del camí recorregut, aquestes en són algunes de les conclusions i reflexions extretes:

El treball m'ha permès confirmar unes malaurades sospites respecte la magnitud de la depressió en la societat actual, sent reconeguda com el trastorn mental més freqüent a nivell mundial. Amb una carrega mundial en augment, agreujada en determinades poblacions per les conseqüències d'una crisi socioeconòmica encara vigents, com en el cas del nostre país. Alhora, amb un efecte bucle, la depressió exerceix un impacte de costos negatius a diferents nivells: econòmic, sanitari i en definitiva social.

Tanmateix, n'he experimentat la complexa realitat diagnòstica de la salut mental. I és que la depressió, caracteritzada per una gran variabilitat simptomatològica i amb una alta prevalença, lluny de ser-ne una excepció, en reafirma aquest fet. Recolzat per diversos sistemes diagnòstics entre els quals per la seva universalitat d'us i un reconeixement d'operativitat en la clínica se'n destaquen el DSM i CIE, aquests són exposats a revisions regulars, donant lloc a possibles modificacions dels criteris i agrupacions diagnòstiques. A tall

d'exemple, en el cas del present treball, es va recórrer a l'ús del DSM en la seva 4^a versió revisada (López & Valdés, 2002) com a manual de referència per la seva vigència d'ús a Osona Salut Mental, i a partir de la qual el grup diana d'estudi, comprès pels trastorns depressius va incloure: trastorn depressiu major, trastorn distímic i el trastorn depressiu no especificat, mentre que en el cas d'haver utilitzat la recent actualització d'aquest manual (American Psychiatric Association, 2014) el grup dels trastorns depressius hauria inclòs: trastorn de desregulació destructiva de l'estat d'ànim, trastorn depressiu major, trastorn depressiu persistent (distímia), trastorn disfòric premenstrual, trastorn depressiu induït per substàncies/medicaments, trastorn depressiu degut a una altre afecció mèdica i altres trastorns depressius especificats i no especificats. Per altre banda, cal tenir en compte una possible, i sovint freqüent, comorbiditat amb d'altres patologies i situacions psicosocials adverses. Factors que interfereixen alhora d'establir un consens conceptual, amb les possibles conseqüències associades alhora d'establir un diagnòstic diferencial i en darrera instància per l'aplicació d'un tractament.

Respecte el seu abordatge, des dels diversos serveis i recursos de la xarxa, n'he detectat la confluència en un mateix objectiu general, basat en la promoció de la salut, el benestar i la qualitat de vida en les persones afectades de depressió. Paradoxalment, m'ha sorprès un predomini d'intervencions centrades en el reconeixement i la reducció del malestar, del patiment i de les carències (instruments de valoració i diagnòstic enfocats des d'una perspectiva del dèficit, processos de tramitació de grau de discapacitat i certificat de disminució...), respecte aquelles accions orientades al desenvolupament de capacitats individuals i col·lectives. Tanmateix, presenciant la darrera jornada de rehabilitació en salut mental celebrada a Martorell (Germanes Hospitalàries Hospital Sagrat Cor, 2015) en la que es posava de manifest dades que evidenciaven una percepció estigmatitzant entre les persones usuàries, per part del col·lectiu de professionals del camp de la salut mental. Donant lloc, a la reflexió sobre el possible impacte en la

població d'estudi, així com a la necessitat d'emprendre accions de millora al respecte.

Aprofundint en el seu tractament, n'he identificat que el tradicional binomi: antidepressius i teràpia cognitiu conductual, s'ha reafirmat amb el pas del temps, reforçat per una evidència de resultats favorables. Malgrat aquest fet, contemplant dades com l'elevada i progressiva prevalença del trastorn, la recurrència en les recaigudes i la presència d'efectes residuals, o una creixent resistència a l'ús de la farmacoteràpia com a primera opció de tractament, posen de manifest la complexitat d'aquests trastorns i n'evidencien una necessitat de complementar aquest tipus de tractaments, a través d'un abordatge integral que permeti donar cobertura tant als aspectes biològics, psicològics com socials associats a la gènesi d'aquests quadres. Trobar la millor intervenció per a cada persona afectada de depressió és molt important. I tal com s'identifica en el marc teòric, entre les actuals línies d'intervenció proposades, cobra especial rellevància el model esglaonat respecte a la severitat dels símptomes, donant prioritat a aquelles accions menys intrusives. Reconeixent l'ús d'intervencions de baixa intensitat, especialment en aquells estadis inicials o amb una menor severitat d'afectació.

En aquest sentit i contemplant el potencial dels serveis de rehabilitació per l'elaboració i el desenvolupament d'intervencions de baixa intensitat, convé reconèixer que en el transcurs de l'estudi, n'he percebut algunes limitacions respecte el nivell d'aplicació i d'implicació des d'aquest camp d'atenció en el terreny de l'evidència científica, proporcionalment més estès i consolidat en la vessant clínica. A partir de la qual, en crec necessària la conscienciació dels agents implicats en aquest sector, per tal de fomentar-ne accions de millora al respecte. Destacant entre algunes de les principals línies: la inclusió de nocions i conceptes d'investigació en la formació de base als graus universitaris amb sortides vinculades a aquests serveis (afortunadament, tinc constància de que en els darrers anys s'han començat a introduir avenços en aquest aspecte a través per exemple d'accions que estimulen la lectura

d'articles científic, el coneixement de recursos d'investigació o la implicació en projectes de recerca, com en el cas de la col·laboració de l'estudiant del grau de teràpia ocupacional en la fase de prova pilot d'aquest projecte). També incentivant i afavorint la formació i l'aplicació en l'ús d'instruments i la metodologia d'investigació, en els propis recursos, contemplant la creació de bases de dades amb múltiples variables amb potencial interès d'estudi o reforçant la mesura i el contrast de l'impacte del tractament impartit, entre algunes de les possibles opcions. O estimulants la creació de projectes transversals i interdisciplinars entre la clínica i la comunitària, com a possibles accions de millora en aquest procés d'immersió científica. D'altra banda, i des d'una perspectiva bidireccional, probablement també fora convenient considerar-ne una aproximació de la ciència a la comunitat, revisant postures, terminologia o criteris, per tal d'afavorir-ne l'accessibilitat des de les diverses línies d'intervenció de la xarxa.

En la referència de proximitat, a la comarca d'Osona, malgrat l'absència de programes psicosocials de baixa intensitat especialitzats en trastorns depressius en el moment d'inici d'aquest projecte, la recent ruta de la depressió d'Osona, alineada amb el model esglaonat d'intervenció, en contempla el seu desenvolupament i aplicació. Paral·lelament, s'identifica una emergent corrent de recerca interdisciplinària, incentivada des de la UVic i amb la col·laboració d'entitats i professionals del camp de la salut mental, com la recent creació del grup de recerca en Salut Mental i Innovació Social (SaMIS), mitjançant el qual es pretén generar i transferir coneixements sobre aquest camp, des d'una aproximació holística, col·laborativa i internacional, a través de diverses línies de recerca entre les quals s'hi troba la de depressió-suïcidi. Exemples com aquests deixen entreveure una voluntat d'aprofundir en el coneixement i l'abordatge integral dels trastorns depressius, així com en el conjunt de la salut mental.

Pel que fa als protagonistes d'aquest estudi, les persones afectades per un trastorn depressiu lleu-moderat. A partir dels moments compartits amb els casos atesos, valorant, interactuant i acompanyant, m'han ensenyat que tot i

el malestar, el patiment i sovint la desesperança viscuts, en determinades situacions a través de llargs períodes d'evolució, així com de diversos processos de tractament, segueixen mantenint un desig de recuperació, d'assolir una millora en el benestar i la qualitat de vida. És per això que, més enllà de l'inquietant i dura visió de l'incapacitat i disfuncionalitat percebudes a simple vista, el procés d'exploració en va permetre detectar un primari motor de canvi: la motivació per deixar de patir.

Identificant-ne els beneficis d'un abordatge adaptat de caràcter humanista, conseqüent amb la vulnerabilitat que presenta la persona atesa. A nivell verbal per exemple, no ha estat el mateix demanar: "Quines activitats t'agraden?" que "De les activitats disponibles, quina és la que menys et desagrada" o "Com estàs?" enlloc de "Veig que has aconseguit venir a la sessió, explica'm quines dificultats has afrontat per fer-ho (aplicant un reforç actiu a aquells reptes assolits, ajustats des d'una perspectiva al nivell de competències presents). Sense oblidar el potencial de la comunicació no verbal com a mesura afavoridora d'un context agradable i acollidor, a través per exemple de la mirada, gestos o accions com a possibles elements facilitadors de confiança, afecte i vitalitat. I és que tal i com es va comentar en alguna de les sessions de la prova pilot del programa: "el mal rotllo es transmet, però el bon rotllo també".

Arribats a aquest punt, val a dir que cada una de les persones participants en el programa, han estat testimonis colpidors, els quals més enllà d'un diagnòstic o d'uns símptomes en comú, han deixat constància de les seves diferències personals. Al mateix temps però, han demostrat la seva similitud amb la resta de la població general, en tant a la capacitat d'experimentar emocions positives, de tenir un compromís, d'interaccionar amb el seu entorn, d'afrontar reptes i assolir objectius.

Per concloure, aquest projecte, m'ha fet reflexionar sobre el potencial de les persones, com a agents actius per la prevenció de la pròpia salut mental i fins i tot d'aquells qui ens envolten. Certament disposem d'una xarxa de salut mental que ens proporciona una atenció especialitzada i en continua evolució,

davant la descompensació psiquiàtrica. Altrament aquest fet no n'hauria d'eximir un abordatge preventiu de la salut mental que permeti minimitzar possibles danys futurs, especialment en aquelles persones amb un major grau de vulnerabilitat o factors de risc associats, així com per el foment d'uns hàbits beneficiosos per a la salut, el benestar i la qualitat de vida entre la població. En quina mesura les emocions positives, el fet d'assumir compromisos, d'assolir reptes, establir relacions interpersonals positives o omplir de significat les nostres vides pot prevenir-nos de patir un trastorn mental?.. En tot cas, aquest plantejament donaria peu a nous projectes i noves línies d'investigació.

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Acosta, F., Rodríguez, L., & Carbrera, B. (2013). Creencias sobre la depresión y sus tratamientos: variables asociadas e influencia de las creencias en la adherencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*, *06*, 86-92.
- Alcalde I., M., & Laspeñas M., G. (2005). Ocio en los mayores: calidad de vida. In *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 43-62). La Rioja: Universidad de la Rioja. Servicio de publicaciones.
- Alonso, J., Prieto, L., & Anto, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, *104*, 771-776.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5*. Madrid, [etc.] : Editorial Médica Panamericana. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b6191375~S23*cat
- Anthony, W. a, & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, *12*(4), 542-559. doi:10.1093/schbul/12.4.542
- Arbesman, M., Bazyk, S., & Nochajski, S. M. (2013). Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *67*(6), e120-30. doi:10.5014/ajot.2013.008359
- Argyle, M. (1996). *The Social psychology of leisure*. London : Penguin Books. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b2356556~S23*cat
- Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, *106*(3), 529.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TADCD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la Activación Conductual. *eduPsykhé*, *8*(1), 23-50.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Medicine*, *10*(5), e1001454. doi:10.1371/journal.pmed.1001454
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression. Cognitive Therapy of Depression*.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, *101*(1-3), 27-34. doi:10.1016/j.jad.2006.09.018
- Bobes, J., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., & Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, *52*(2), 657-73. doi:10.1007/s10943-013-9691-4
- Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., McKay, J. R., & May, D. J. (1999). Comparability of telephone and In-person structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) diagnoses. *Assessment*, *6*(3), 235.
- Campuzano, M. (2005). *La Psicoterapia De Grupo En Las Instituciones/group Psychotherapy in the Institutions: Psychoanalysis Y Psicodrama: Alternativas*

Complementarias. Plaza y Valdes.

- Carek, P. J., Laibstain, S. E., & Carek, S. M. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(1), 15-28.
- Casañas Sánchez, R., & Armengol Vallés, J. (2009). *Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària*. Barcelona : Institut Català de la Salut, Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat.
- Cases, J. G., Ignacio, J., Blanco, F., & García, S. O. (2003). Ocio y rehabilitación . Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas, 12, 113-124.
- Creek, J., & Lougher Van,Bruggen,H., L. (2008). *Occupational therapy and mental health* (Vol. 4th editio). Churchill Livingstone.
- Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. HarperCollins (Vol. 13).
- Cuenca Cabeza, M., & Goytia Prat, A. (2012). Ocio experiencial: antecedentes y características. *Arbor*, 188(754), 265-281. doi:10.3989/arbor.2012.754n2001
- Cuenca, M. (2000). *Ocio humanista. Documentos de ocio de estudio* (Vol. 16).
- Cuenca M., C. (2000). *Ocio humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio. Documento de Estudios de Ocio*,16. Biblao: Instituto de Estudios de Ocio, Universidad de Deusto.
- Cuenca M., C. (2004). *Pedagogía del ocio: Modelos y Propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58(7), 376-85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23870719>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Danielsson, L., Noras, A. M., Waern, M., & Carlsson, J. (2013). Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*, 29(8), 573-85. doi:10.3109/09593985.2013.774452
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123-128.
- Dávila M^aC., de L., & Díaz J.F., M. (2005). Voluntariado y satisfacción vital. *Intervención Psicosocial*, Vol. 14(Nº 1), Págs. 81-94.
- De Silva, M. J., Cooper, S., Li, H. L., Lund, C., & Patel, V. (2013). Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(4), 253-60. doi:10.1192/bjp.bp.112.118018
- del Río, Sáez, R. (2011). Características del desempeño ocupacional en relacion al riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona. *TOG (A Coruña)*, 8(14), 12.

- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C., & van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A., & Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(454), 361-5. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1313698&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
- Draft, F. (2009). Depression in Adults (update) Depression : the treatment and management of depression in adults, (October).
- Driver, B. L., Brown, P. J., & Peterson, G. L. (1991). *Benefits of leisure*. Venture.
- Driver L., B., & Bruns H., D. (1999). Concepts and uses of the benefits approach to leisure. In *Leisure studies: Prospects for the twenty- first century* (Vol. Venture Pu, pp. 349-369). State College, Pa.
- Dumazedier, J., Kaes, R., & Maget, M. (1971). *Ocio y sociedad de clases*. Barcelona: Fontanella.
- Elorza J., R., Fina F., A., Hermosilla E., P., Uriona S., T., Prieto D., A., & Medina M., P. (2012). La crisi económica aumenta el número de personas en tratamiento antidepressivo. Bilbao: 32 congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Erickson, G., & David J, H. (2011). Behavioral activation therapy for remediating persistent social deficits in medication-responsive chronic depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(3), 161-169. doi:10.1097/01.pra.0000398409.21374.ab
- Eurostat. (2011). *Eurostat Database*. Brussels: European Commission.
- Evans, V. C., Iverson, G. L., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2014). The relationship between neurocognitive and psychosocial functioning in major depressive disorder: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(12), 1359-70. doi:10.4088/JCP.13r08939
- Fava, G., Tomba, E., & Grandi, S. (2007). The road to recovery from depression--don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(5), 260. doi:10.1159/000104701
- FCMPPO. (2014). Memòries Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona. Retrieved April 22, 2015, from <http://cmppo.cat/memories.html>
- Fernández Blanco, J. (2010). El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación. *Evaluación En Rehabilitación Psicosocial*, 39-49.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2012). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, 43(03), 471-481. doi:10.1017/S0033291712001511
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *The American Psychologist*, 28(10), 857-70. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4753644>
- Fullagar, S. (2008). Leisure practices as counter-depressants: Emotion-work and emotion-play within women's recovery from depression. *Leisure Sciences*, 30(1), 35-52. doi:10.1080/01490400701756345
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, F. A., & Pinto-Meza A, et al. (2010). Epidemiology of Major Depressive Episode in a Southern European

- Country: Results from the ESEMeD-Spain Project. *J Affect Disord*, 120((1-3)), 76-85. doi:10.1016/j.jad.2009.04.016. *Epidemiology*
- Generalitat de Catalunya. (2015). Depressió. Canal Salut. Retrieved April 13, 2015, from http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciutadania/salut_az/d/depresio/index.html
- GeneralitatdeCatalunya. (2011). Estudi de costos de la depressio a Calunya (CostDep-2006).
- Generalitat de Catalunya. (2010). Adaptació al model sanitari català de la Guia de Pràctica Clínica sobre maneig de la Depressió Major en l'adult.
- Geoscat. (2013). Atlas Integral dels Serveis d'Atenció a la Salut Mental de Catalunya 2010.
- Germanes Hospitalàries Hospital Sagrat Cor. (2015). Germanes Hospitalàries. *VIII Jornades de Rehabilitació en salut mental*. Retrieved July 25, 2015, from <http://www.hospitalsagratcormartorell.org/>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104-108. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.005
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.
- Goldberg, B., Brintnell, E. S., & 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*.
- Gorbeña Etxebarria, S. (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao : Universidad de Deusto.
- Gorbeña, S. (2000). *Ocio y salud mental* (Vol. 1ª). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Hasselkus, B. R. (2002). *The Meaning of everyday occupation*. Thorofare (USA) : SLACK. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1044996-S2*cat
- Heras, C. G. de las, Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *Remotivation process: progressive intervention for individuals with severe volitional challenges: user's manual version 1.0*. Retrieved from https://books.google.es/books/about/Remotivation_process.html?id=a9CINAAACAAJ&pgis=1
- Hunot, V., Moore, T. H. M., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., ... Churchill, R. (2013). "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008704. doi:10.1002/14651858.CD008704.pub2
- IAPT. (2010). Good practice guidance on the use of self-help materials within IAPT services, (March), 39.
- Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (2014). ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa.
- Iwasaki, Y., Coyle, C. P., & Shank, J. W. (2010). Leisure as a context for active living, recovery, health and life quality for persons with mental illness in the global context. *Health Promotion International*, 25(4), 483-494. doi:10.1093/heapro/daq037
- Iwasaki, Y., Mackay, K., Mactavish, J., Ristock, J., & et, al. (2006). Voices from the margins: Stress, active living, and leisure as a contributor to coping with stress.

Leisure Sciences.

- Jamison, K. R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52(2), 125-134.
- Janka, Z. (2006). The impact of mood alterations on creativity. *Ideggyogyaszati Szemle*, 59(7-8), 236-240.
- Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M, et al. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13(1), 773.
- Judd, L., Akiskal, H., & Paulus, M. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 45(1-2), 1-2. doi:10.1016/S0165-0327(97)00055-4
- Kelly, M., Lamont, S., & Brunero, S. (2010). An occupational perspective of the recovery journey in mental health. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(March), 129-135. doi:10.4276/030802210X12682330090532
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. (Vol. 3ª edición). Panamericana.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 192(5), 362-367. doi:10.1192/bjp.bp.107.039966
- King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., Nazareth, I. (2008). Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Archives of General Psychiatry*, 65(12), 1368-76. doi:10.1001/archpsyc.65.12.1368
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045; 10.1371/journal.pmed.0050045
- Kleiber, D., Hutchinson, S., & Williams, R. (2002). Leisure as a resource in transcending negative life events: Self-protection, self-restoration and personal transformation. *Leisure Sciences*, 24(2), 219-235.
- Knochel, C., Oertel-Knochel, V., O'Dwyer, L., Prvulovic, D., Alves, G., Kollmann, B., & Hampel, H. (2012). Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Progress in Neurobiology*, 96(1), 46-68. doi:10.1016/j.pneurobio.2011.11.007; 10.1016/j.pneurobio.2011.11.007
- Larson, K., B. (1990). Activity patterns and life changes in people with depression. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 902-906.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-86. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11317637>
- López Ibor, J. J., & Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61. doi:10.1016/S0165-0327(03)00198-8

- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 547-61. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.008
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York (N.Y.) [etc.]: Norton. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b4596131~S23*cat
- Martínez S., R., & Gómez I., M. (2005). El ocio y la intervención con personas mayores. *Gerontología: Actualización, Innovación Y Propuestas, 433-456*.
- Marxen, E. (2011). Diálogos entre arte y terapia : del “arte psicótico” al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones / Eva Marxen. Barcelona : Gedisa,.
- Matallanes, B., & Goytia, A. (2008). Familia y relaciones sociales. Ocio y tiempo libre. Crecimiento económico ¿Mejora en las condiciones de vida y en la inclusión social? *Universidad Del País Vasco - EUSTAT Curso de Verano*.
- Matta Mello Portugal, E., Cevada, T., Sobral Monteiro-Junior, R., Teixeira Guimarães, T., da Cruz Rubini, E., Lattari, E., ... Camaz Deslandes, A. (2013). Neuroscience of exercise: from neurobiology mechanisms to mental health. *Neuropsychobiology, 68*(1), 1-14. doi:10.1159/000350946
- Mee, J., Sumsion, T., & Craik, C. (2004). Mental Health Clients Confirm the Value of Occupation in Building Competence and Self-Identity. *The British Journal of Occupational Therapy, 67*(5), 225-233. doi:10.1177/030802260406700506
- Mendive Arbeloa, J. M. (2015). *Mejorar la calidad de vida previniendo la depresión en atención primaria (AP) estudio de coste-utilidad de una intervención preventiva de la depresión en AP: el estudio predictD-CCRT*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Menéndez, C., & Olmo Romero-Nieva, F. del. (2010). Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*. Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental.
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Monteagudo-Sánchez, M. J. (1996). Ocio terapéutico. *ADOZ. Revista de Estudios de Ocio, 9*, 14-18.
- Morales Molano, M., & Bravo Agustín, I. (2006). El ocio terapéutico. *Envejecimiento Activo, Envejecimiento En Positivo, 133-154*.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine (1982), 56*(2), 259-269.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression in Adults (update) Depression: the treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline 90. *National Collaborating Centre for Mental Health*.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). Depression: The Nice Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults. *The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists*.
- O'Morrow. (1991). *Therapeutic Recreation Practitioner Analysis*. Virginia: Natl Recreation & Park Assn.
- OMS. (1992). *CIE 10: [décima revisión de la Clasificación Internacional de las*

Enfermedades]: trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor. Retrieved from http://ccuc.cbuc.cat/record=b3683200-S23*cat

- Otero J.C., L. (2009). La pedagogía del ocio: nuevos desafíos. In *Colección perspectiva pedagógica*. Galicia: Axac.
- Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 411-23. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.008
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J., & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25(6), 1171-1180. doi:10.1017/S0033291700033146
- Pérez, O. G., & Trincado, M. R. (2003). Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos Leisure time in people with chronic mental. *Intervención Psicosocial*, 12, 35-45.
- Piliavin, J. A., & Siegl, E. (2007). Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450-464.
- Pinto Meza, A., Serrano Blanco, A., Peñarrubia, M. T., Blanco, E., & Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone? *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), 738-742.
- Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depression: Broadening the psychotherapist's role. *Journal of Clinical Psychology*, 57(11), 1289-1300. doi:10.1002/jclp.1097
- Portillo, I. D. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. (E. P. México, Ed.).
- Pressman, S. D., Matthews, K. A., Cohen, S., Martire, L. M., Scheier, M., Baum, A., & Schulz, R. (2009). Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being. *Psychosomatic Medicine*, 71(7), 725-732. doi:10.1097/PSY.0b013e3181ad7978
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Philadelphia [etc.] : Lippincott Williams.
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *The American Journal of Occupational Therapy. : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 16, 1-9. doi:10.1177/000841746303000102
- Reynolds, F. (2000). Managing depression through needlecraft creative activities: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 107-114.
- Rivera Casado, J. M. . Z. R. (2012). El observatorio de la adherencia al tratamiento (OAT) presenta su proyecto al ministerio de sanidad. *Observatorio de los pacientes SL*.
- Rodríguez González, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid : Pirámide.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). Atención centrada en la persona. *Papeles de La Fundación Pilares Para La Autonomía Personal*.
- Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 151-157.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi:10.1006/ceps.1999.1020

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Sanidad, M. de. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
- Scheinoltz, M. (2010). *Occupational therapy in mental health: Considerations for advanced practice*. AOTA Press. Bethesda, MD.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad* (Vol. Ediciones). Barcelona.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61(8), 774-788. doi:10.1037/0003-066X.61.8.774
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(10), 874-884.
- Serrano-Blanco, A., Palao J., D., Luciano V., J., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., & al., et. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 45(2), 201-210.
- Shelton, R. C., Osuntokun, O., Heinloth, A. N., & Corya, S. A. (2010). Therapeutic options for treatment-resistant depression. *CNS Drugs*, 24(2), 131-61. doi:10.2165/11530280-000000000-00000
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 65-73. doi:10.1080/0954026021000045967
- SISO. Servei Integral de Salut d'Osona. (2012). Ruta assistencial de la depressió major en adults a la comarca d'Osona.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(2), 87-98. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17007486>
- Stuckey, H. L., & Nobel, J. (2010). The connection between art, healing, and public health: a review of current literature. *American Journal of Public Health*, 100(2), 254-63. doi:10.2105/AJPH.2008.156497
- Taylor, R. R. (2013). - Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice, (05), 26-31.
- The British Psychological Society & The Royal Coll. (2009). The treatment and management of depression in adults (updated edition). National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/cg90-depression-in-adults-full-guidance2>
- Townsend, E. (2002). *Enabling occupation: an occupational therapy perspective*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1051199-S2*cat
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II : advanced an occupational therapy vision for health, well-being*. Ottawa : Canadian

- Association of Occupational Therapists. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1064408-S2*cat
- Trilla J., B. (1988). Animación sociocultural y pedagogía del tiempo libre. *Cuadernos de Pedagogía*, (Nº 162,), págs. 80-81.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. a. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento de la enfermedad. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 37(1), 49-53. doi:200811101227 [pii]
- van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643. doi:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2004). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-22. doi:10.1016/S0165-0327(03)00168-X
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *The Journals of gerontology.Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S308-18.
- Vázquez, C., & Hervas, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. doi:10.1157/13074369
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(2), 124-38. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15065747>
- Wilcock, A. A. (1998). *An Occupational perspective of health*. Thorofare, NJ (USA) : Slack. Retrieved from http://pleiades.cbuc.cat/record=b1040825-S2*cat
- Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (Vol. 2nd editio). NJ, (USA): SLACK, Incorporated.
- World Bank. (2011). *World development indicators. 1 st ed*. Washington DC.
- World Health Organization. (2012). OMS | Depresión. Retrieved from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- World Leisure and Recreation Association. (1993). International Charter for Leisure Education. Jerusalem: WLRA (World Leisure And Recreation Association).
- Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., & Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1), 148-150.

ANNEXES

ANNEX I: PROGRAMA

Fitxa descriptiva d'activitats

Fase d'activitats:
Període (dates):

Nom de l'activitat:	
1. Justificació	
2. Objectius	
3. Participants (perfil de persones a qui s'adreça)	
4. Descripció de l'activitat (Metodologia)	
5. Durada	6. Recursos humans
7. Recursos materials	8. Espai i localització (incloure adreça)
9. Contraindicacions	
10. Recomanacions / observacions	

Fase d'activitats:
Període (dates):

1ª SESSIÓ (data)

- Inici: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Nucli: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Final: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.

2ª SESSIÓ (data)

- Inici: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Nucli: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Final: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.

•

3ª SESSIO (data)

- Inici: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Nucli: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Final: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.

4ª SESSIÓ (data)

- Inici: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Nucli: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.
- Final: temporalització en minuts i descripció de l'activitat.

Registre de fortalezes - Punt de trobada.



Programa ACR

PUNT DE TROBADA

Data: _____ Fase: Activació Creativa Relació Activitat d'oci:

COMPETÈNCIA / FORTALESA	DESCRIPCIÓ	SENSACIÓ / EMOCIÓ	REFLEXIÓ

Full informatiu sobre el programa ACR

Programa ACR

FULL INFORMATIU SOBRE EL PROGRAMA ACR

La depressió és un trastorn que engloba una sèrie de problemes de salut mental entre els quals se'n destaquen un estat anímic deprimat persistent i la pèrdua d'interès en activitats.

Pel que fa al tractament, els fàrmacs antidepressius han demostrat una millora de la simptomatologia depressiva, però en molts casos aquesta millora és insuficient si es té en compte el nivell de funcionalitat de la persona ("trobar-se a un mateix com era abans"). D'aquesta millora insuficient, se'n deriven el que es coneixen com a símptomes residuals, entre els que es troben: alteracions de la son, ànim deprimat, pèrdua d'interès i plaer, apatia, ansietat, fatiga, símptomes gastrointestinals i de l'èstera sexual etc.

Darrerament s'ha identificat un creixent interès sobre l'efecte de teràpies alternatives en relació a les tradicionals intervencions amb antidepressius i la psicoteràpia, i en l'actualitat les guies sobre la depressió inclouen propostes com l'activitat física o l'activació conductual com a intervencions indicades en determinats estadis de la depressió.

En la línia de les teràpies alternatives o complementàries la farmacoteràpia i la psicoteràpia, són varis els estudis que han demostrat els beneficis de l'oci per a la salut i el benestar, i com aquest pot facilitar la recuperació en aspectes que els tractaments farmacològics presenten limitacions. Es per aquest motiu, i amb l'objectiu d'afavorir la millora en la qualitat de vida de les persones afectades per la depressió, proposem una intervenció psicosocial, que afavoreixi l'estimulació de les àrees positives de la persona (emocions positives, sensació d'autoeficàcia, relacions interpersonals etc.) mitjançant l'ús d'un programa d'oci estructurat com a instrument d'activació conductual en benefici d'una millora respecte la funcionalitat i el benestar.

El programa ACR consisteix en un programa d'oci estructurat en 3 categories (1. Activitat física, 2. Artística-creativa i 3. Voluntariat) i reforçat per una dinàmica grupal que permeti reflexionar sobre les competències aplicades durant cada una de les sessions d'oci. La durada del programa serà de 12 setmanes consecutives, i cada setmana estarà formada per una sessió d'oci setmanal (1'30h./setmana) i un Espai de Trobada (1,30h /setmana) que permeti fer una posada en comú sobre els possibles aspectes treballats durant les respectives sessions d'oci.

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) a l'inici i al final del programa.

La seva participació en aquest programa és plenament voluntària i si desitja retirar-se pot fer-ho quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en la seva atenció mèdica. Així mateix els terapeutes responsables del programa es reserven el dret de la cancel·lació de la participació davant possibles situacions que atemptin contra la integritat personal o material de les persones i recursos inherents a l'estudi.

Si decideix participar en aquest programa, totes les seves dades i la seva identitat seran confidencials.

Per aquest programa és necessari recollir dades de la seva malaltia i situació sociolaboral. La recollida i tractament d'aquestes dades es farà d'acord amb el que s'estableix en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal. S'adoptaran les mesures oportunes per a garantir la deguda protecció de les dades en tot moment, preservant la confidencialitat. Vostè té dret a sol·licitar la rectificació de qualsevol dada incorrecte o incompleta.

A continuació us facilitem el nom i el telèfon de contacte del/s professional/s referent/s del programa:

Persona de contacte:

Telèfon de contacte:

Agraïm per avançat la seva col·laboració

Document de confidencialitat de dades

Programa ACR

DOCUMENT DE CONFIDENCIALITAT DE DADES

L'equip del programa ACR els comunica que disposa d'un fitxer automatitzat amb dades de caràcter personal així com d'un arxiu documental general.

La finalitat de la seva creació és l'administració i gestió de tota la informació i en especial de la documentació referent als usuaris del **programa ACR**.

Els destinataris de la informació són els membres de l'**equip del programa ACR**, així com els estaments oficials públics i privats que per llei o per ser imprescindibles exigeixin cessió.

Les respostes a les preguntes plantejades en el present formulari tenen caràcter voluntari. La negativa a facilitar les dades sol·licitades tindrà com a conseqüència la impossibilitat de participar en el programa.

En tot cas vostè té dret a exercir els drets **d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació** en l'àmbit reconegut per la Llei Orgànica 15/1 999 de 13 de desembre.

El responsable del fitxer és l'**equip del programa ACR**. Per exercir els dret abans esmentats i per qualsevol aclariment pot dirigir-se per escrit a:.....

Llegit i conforme amb els paràgrafs anteriors:

Amb aquest escrit **AUTORITZO a l'equip del programa ACR** perquè, en compliment de la finalitat directament relacionada amb les funcions legítimes del cessionari, tracti les meves dades de caràcter personal en l'àmbit del programa i de la institució en la qual es desenvolupa, els seus departaments per a l'exercici de les seves atribucions, d'acord amb el que disposa la Llei 15/1 999 de 13 de desembre.

Signat:

_____, ____ de _____ del 20__

Document de recollida de dades personals

Programa ACR

RECOLLIDA DE DADES DE LA MOSTRA

Data: ____/03/14

1. Nom i cognoms:.....
2. Número historia Clínica:
3. Diagnòstic: TDM
4. Data naixement (edat):
5. Sexe Home Dona
6. Estat civil
 Solter/a Casat/da-Parella Separat/da- Divorciat/da Vidu/a
7. Fills No Si
8. Suport familiar Sense suport Suport parcial Amb suport
9. Estudis Sense estudis E. primaris E. secundaris E.Superiors o universit.
10. Lloc de residència (habitatge)
 Sense habitatge Protecció oficial Família Lloguer Altres:.....
11. Situació laboral
 Atur Treballant ILT Pensionista Altres:.....
12. Antecedents familiars depressió major No Si.....
13. Ètnia
 Caucàsic europeu Hispà Magrebí Asiàtic Altres
14. Tractaments actuals

<input type="checkbox"/> Farmacoteràpia	<input type="checkbox"/> Psicoteràpia	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> Altres.....
_ bona	_ bona	_ bona	_ bona
_ irregularitats	_ irregularitats	_ irregularitats	_ irregularitats
15. Espiritualitat Si No
 - Creu que existeix quelcom superior que dona forma o determina la nostra conducta i ens protegeix practicant.
 - Pensa que existeix un propòsit o un significat universal en les coses que succeeixen en el món i en la pròpia existència? La espiritualitat m'ajuda a definir les fites que estableixo en la meua vida ?

Enquesta satisfacció

Programa ACR

ENQUESTA DE SATISFACCIÓ SOBRE EL PROGRAMA D'OCI PSICOSOCIAL

Aquest qüestionari és anònim

Instruccions

Tot seguit trobaràs un llistat de frases i preguntes a través de les quals volem recollir la teva opinió personal sobre com t'han anat la teva participació en aquest programa.

Hi ha dos tipus de preguntes, algunes són de resposta tancada i hauràs d'escollir d'1 a 5 l'opció escollida. Mentre que d'altres preguntes són obertes i cal que escriguis la teva opinió

Escala de valoració:

1: Molt deficient 2: Deficient 3: Suficient 4: Satisfactori 5: Molt satisfactori

1: En total desacord 2: En desacord 3: Neutre 4: Bastant d'acord 5: Molt d'acord

A. Organització

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Pel que fa a les dates de realització del programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Pel que fa a la durada del programa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Pel que fa als horaris | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. L'organització del programa ha estat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Les condicions ambientals (aula, mobiliari, recursos) han estat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

B. Continguts, objectius

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 6. Creu que s'han assolit els objectius previstos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. El nivell dels continguts ha estat | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. La utilitat dels continguts serà | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. La durada del programa ha estat adequada als objectius i contingut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. La metodologia ha estat l'adequada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

C. Dinàmica de grup

- | | |
|---|-----------|
| 12. M'he sentit com pertanyent a un grup | 1 2 3 4 5 |
| 13. Em costa acceptar que el grup de treball s'acabi | 1 2 3 4 5 |
| 14. La utilització de dinàmiques de grup ha estat | 1 2 3 4 5 |
| 15. Hagués acceptat la incorporació d'un nou membre una vegada
iniciat el programa | 1 2 3 4 5 |
| 16. Les persones del grup m'han fet sentir còmode | 1 2 3 4 5 |
| 17. La comunicació entre les persones del grup ha estat molt cordial | 1 2 3 4 5 |
| 18. M'he sentit comprès a dins del grup | 1 2 3 4 5 |

D. Motivació

- | | |
|---|-----------|
| 19. He anat amb ganes al programa | 1 2 3 4 5 |
| 20. La meva motivació ha anat variant amb el pas dels dies | 1 2 3 4 5 |
| 21. La presència dels altres participants a incrementat la meva motivació | 1 2 3 4 5 |
| 22. Estic satisfet amb el meu nivell de participació | 1 2 3 4 5 |

E. Conducció del grup

- | | |
|---|-----------|
| 23. El terapeuta ha fomentat la motivació dels participants | 1 2 3 4 5 |
| 24. Domina la matèria | 1 2 3 4 5 |
| 25. Té capacitat per a transmetre amb claredat les seves idees generals | 1 2 3 4 5 |
| 26. La relació ha estat adequada | 1 2 3 4 5 |
| 27. Ha mostrat empatia | 1 2 3 4 5 |
| 28. M'he sentit confiat i tranquil en la relació amb el terapeuta | 1 2 3 4 5 |

F. Relació amb la malaltia

29. Creus que la participació en el programa ha implicat alguna millora en relació al teu abordatge de la depressió? 1 2 3 4 5
30. Creus que la participació en el programa ha incidit negativament en algun aspecte en relació a l'abordatge de la depressió? 1 2 3 4 5
31. Recomanaries el programa a d'altres persones afectades per la depressió? 1 2 3 4 5
32. Tindrà efectes positius en la meva vida laboral 1 2 3 4 5
33. Tindrà efectes positius en la meva vida afectiva 1 2 3 4 5
34. Tindrà efectes positius en les meves relacions socials 1 2 3 4 5

Valoració i propostes de millora

35. Quins aspectes positius en destacaries _____

36. Quins aspectes creus que són millorables _____

37. Quina valoració global en fas del programa 1 2 3 4 5

Observacions:

Protocol del Programa ACR

PROTOCOL DEL PROGRAMA ACR

Planificació activitats (equip programa ACR)

- Inventari activitats disponibles a la comunitat que s'ajustin als criteris del programa
- Selecció d'activitats per a cada fase
- Creació de fitxes de les activitats



Proposta de participació i derivació d'usuaris

- Metge de referència ABS
- Terapeuta de referència CSMA
- Terapeuta de referència del SRC



compliment criteris inclusió

incompliment criteris inclusió



Programació visita acollida
(contacte telefònic amb usuaris)



No inclusió al programa

(Notificació incompliment criteris
al terapeuta de referència)



Acollida al programa (individual)

- Full confidencialitat de dades
- Drets i normativa de grup
- Recollida de dades personals
- Valoracions Pre-intervenció
- Presentació, selecció i facilitació horaris i adreces activitats



Aplicació del programa (grup)

- 1ª Fase Activació: Actv. Físiques + Punt de trobada
- 2ª Fase Creació: Actv. artístiques + Punt de trobada
- 3ª Fase Relació: Actv. de voluntariat + Punt de trobada
- Planificació de proposta de continuïtat per a l'activació a l'alta del programa



Alta del programa (individual)

- Implementació valoracions Post-intervenció
- Reforç de compliment de la proposta d'activació individual a l'alta de programa
- Comiat i alta de programa

DRETS DE L'USUARI

1. Dret a la informació

Els usuaris tenen dret a conèixer tota la informació obtinguda sobre la pròpia salut. Això no obstant, cal respectar la voluntat d'una persona de no ésser informada.

La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments de l'usuari, per a ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma.

2. Dret a la intimitat

Tota persona té dret que es respecti la confidencialitat de les dades que fan referència a la seva salut. Igualment, té dret que ningú que no hi estigui autoritzat hi pugui accedir si no és emparant-se en la legislació vigent.

3. Dret a l'autonomia del pacient

Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona hi hagi donat el seu consentiment específic i lliure i n'hagi estat informada prèviament. En qualsevol moment, la persona afectada pot revocar lliurement el seu consentiment.

Normes del grup

• PUNTUALITAT

"Fes que els altres no t'hagin d'esperar. No et perdís l'inici de la sessió. Hem de poder aprofitar el temps del grup".

• VINE A TOTES LES SESSIONS GRUPALS

"Fes una aliança amb el grup. Avisa el terapeuta en el cas que no puguis venir. Si faltes a tres o més sessions grupals, amb justificació o sense, hauràs d'abandonar el grup".

- CONFIDENCIALITAT

“Pots parlar del que estàs aprenent amb els altres. Respecta els teus companys: no facis comentaris a altres persones sobre el que parlen els teus companys”.

- EL MATEIX TEMPS PER A TOTHOM

“Dóna a cada persona la possibilitat de parlar. Cada persona té el seu moment per parlar; cal evitar fer converses al marge. El que parlem, ens interessa a tots”.

- TINGUES UNA ACTITUD CONSTRUCTIVA

“Evita la crítica fàcil, fes comentaris constructius. Ajuda a la resta a trobar el costat positiu de les coses. Sigues curós, reflexiu. No pressionis ningú (evita els “hauries de...”)

- HEM D'ANAR A ALLO PRACTIC...

“Al que està orientat a les solucions, no al costat negatiu de les coses”.

- MOSTRA EL TEU SUPORT

“Dóna el teu suport a un altre membre del grup si té dificultats en allò que tu has pogut superar. Junts, és més senzill”.

- SI NO ESTÀS A GUST, DIGUE'NS-HO!

“Fes-nos saber com et trobes en el grup. Volem treballar amb tu”.

- TORNA AL GRUP

“No hi renunciïs. Si tens problemes que no es tracten en les sessions, podem treballar aquests aspectes fora del grup i en altres moments, si ho prefereixes”.

Registre resum Punt de trobada



Programa ACR

PUNT DE TROBADA

Data: ____/____/20__

Nom	Competència	Sensació / Emoció	Reflexió

Registre resum de sessions

Registre de Sessions _____ PROGRAMA D'OCI ACR

REGISTRE DE SESSIONS

• Data:

• Nombre d'assistents:

• Activitat/ sessió: Pintura

• N^o usuaris proposats:

Faltes justificades:

Faltes injustificades:

Resum de la sessió:

- Participació/ implicació grupal:

Bona. Regular Dolenta

- Elements interferidors de la sessió:

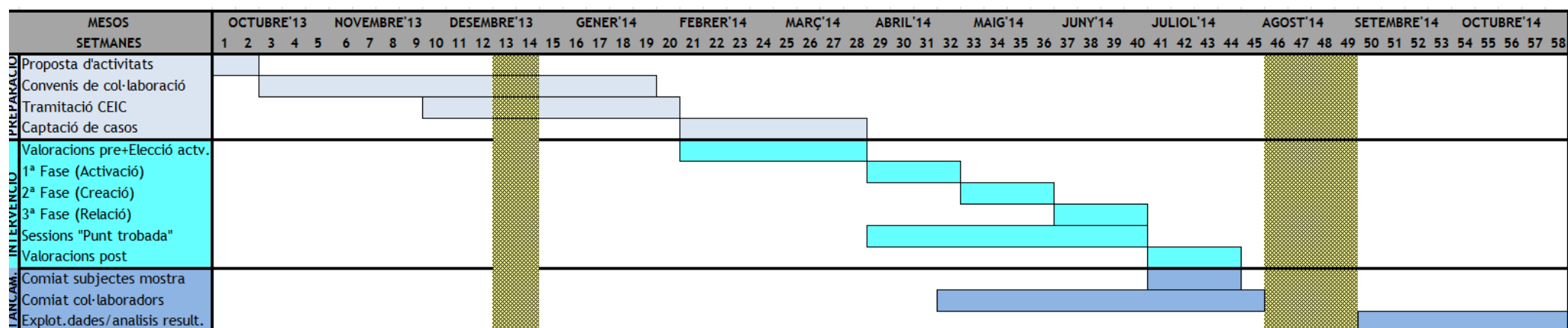
No Si:

Per recordar

Signatura:

ANNEX II ESTUDI PILOT

Cronograma



Fitxes programa pilot

a) Fase activitat física (Activa't)



Categoria activitat: 1
Període: 01/04 al 22/04 del 2014

Nom de l'activitat: Passejades	
1. Justificació	
<p>La pràctica regular d'exercici físic, és significativament beneficiosa per a les persones amb afectacions psiquiàtriques, d'entre els seus efectes positius s'inclouen millors respostes metabòliques, neuro-protecció, major qualitat de vida i reduir els símptomes psicopatològics. En el cas del trastorn per depressió major (TDM) s'indica que aquest pot alleujar els símptomes de la depressió i reduir la progressió de la malaltia i es compara favorablement als medicaments antidepressius com a tractament de primera línia per a la depressió lleu a moderada.</p> <p>Entès com a desplaçament d'un punt a un altre, passejar és un exercici físic aeròbic amb efectes beneficiosos similars a córrer o nedar, però amb l'avantatge de que la majoria de les persones el poden practicar i es fàcil incorporar-lo a la rutina diària.</p>	
2. Objectius	
<ul style="list-style-type: none">- Afavorir la pràctica d'exercici físic- Estimular la mobilitat- Estimular l'activació del sistema cardio-respiratori- Afavorir coneixement propi cos.- Afavorir l'alliberació de tensions profundes.	
3. Participants	
Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.	
4. Descripció de l'activitat (Metodologia)	
Activitat estructurada basada en la realització de passejades grupals per diferents rutes de proximitat i diferents dificultats, adaptades a les necessitats del grup. En el cas de la 1ª sessió s'iniciarà amb la presentació del membre que formen el grup (nom, població/domicili i motiu d'elecció de l'activitat).	
5. Durada	6. Recursos humans
45-60 minuts. 1/setmana: Dimarts 11h - 12h. Total 4 sessions	1 tècnic
7. Recursos materials	8. Espai
<ul style="list-style-type: none">- Ampolla d'aigua.- Gots.- Farmaciola.- Telèfon mòbil.	Centre Cívic Can Pau Raba (C/Raval Cortines, 24. Vic- Bcn) com a punt de trobada. Telf 93 8864724 (Joan C.)
9. Contraindicacions / Adaptacions necessàries	
<ul style="list-style-type: none">- Contraindicat en cas de: lesions musculars, lligamentoses o tendinoses en fase aguda; osteoporosis severa; traumatismes articulars recents; insuficiències respiratòries greus; durant la digestió o en cas d'indicació mèdica específica.- Adaptació del recorregut al promig de les condicions del grup, prioritant la participació de tots els components i creació d'un context agradable per sobre de la intensitat o de la distància recorreguda.	
10. Recomanacions	
<ul style="list-style-type: none">- Roba còmode que afavoreixi la transpiració.- Calçat esportiu / còmode.- Hidratació i alimentació adequada abans i després de la passejada.- Evitar acabar esgotats- Moure els braços mentre es camina- Preferible, en la mesura de les possibilitats, fer-ho en entorns naturals, evitant els sorolls i la contaminació.- No donar passejos massa llargs,- Contemplant la possibilitat de fer parades- Disponibilitat de lavabo / WC (prèvia i posteriorment a la passejada).	



Categoria activitat: 1
Període: 01/04 al 22/04 del 2014

1ª SESSIÓ (15/04/14)

- (20'') Arribada. Presentació dels participants i posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre possibles hàbits esportius.

Identificar la rellevància dels següents punts:

- Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
- Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi i tècnics participants).
- Participació en la mesura de les possibilitats (100% capacitat actual).

Breu posada en comú estat físic-anímic

Breu posada en comú estat físic-anímic + Selecció passejada

- (35'') Passejada seleccionada.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

2ª SESSIÓ (22/04/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic + Selecció passejada
- (40'') Passejada seleccionada.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

3ª SESSIÓ (29/04/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic + Selecció passejada
- (35'') Passejada seleccionada.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

4ª SESSIÓ (06/05/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic + Selecció passejada
- (40'') Passejada seleccionada.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

ZONES DE RECORREGUT PROPOSADES*:

- CC Can Pau Raba ⇌ Bosc puig dels jueus
- CC Can Pau Raba ⇌ Recorregut del Gurri
- CC Can Pau Raba ⇌ Cas antic de Vic
- CC Can Pau Raba ⇌ Calldetenes

* El punt de finalització del recorregut s'ajustarà al ritme del grup i al temps de passejada establert (35-40'' aprox.), motiu per el qual es parla de zona de recorregut.



Nom de l'activitat: Estiraments musculars	
1. Justificació	
<p>La pràctica regular d'exercici físic, és significativament beneficiosa per a les persones amb afectacions psiquiàtriques, d'entre els seus efectes positius s'inclouen millors respostes metabòliques, neuro-protecció, major qualitat de vida i reduir els símptomes psicopatològics. En el cas del trastorn per depressió major (TDM) s'indica que aquest pot alleujar els símptomes de la depressió i reduir la progressió de la malaltia i es compara favorablement als medicaments antidepressius com a tractament de primera línia per a la depressió lleu a moderada.</p> <p>L'<i>Stretching</i> o <i>estiraments musculars</i>, és un tipus de gimnàs que permeten incrementar la flexibilitat i mobilitat de les articulacions sense patir estrebades.</p>	
2. Objectius	
<ul style="list-style-type: none">- Afavorir la pràctica d'exercici físic- Estimular la mobilitat- Estimular l'activació del sistema cardio-respiratori- Afavorir coneixement propi cos.- Afavorir l'alliberació de tensions profundes.	
3. Participants	
Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.	
4. Descripció de l'activitat (Metodologia)	
<p>Activitat estructurada, basada en la pràctica d'exercicis d'estiraments on es treballarà principalment sobre la musculatura profunda i les cadenes musculars, a través d'un estirament suau, sostingut i conscient, respectant la globalitat i preferentment en descàrrega (al terra), estirant músculs i cadenes musculars, amb la finalitat d'alliberar el cos de tensions, recuperar l'alineament i millorar la mobilitat.</p> <p>En el cas de la 1ª sessió s'iniciarà amb la presentació dels membre que formen el grup (nom, població/domicili i motiu d'elecció de l'activitat).</p>	
5. Durada	6. Recursos humans
45-60 minuts. 1/setmana: Dimarts 10h - 11h. Total 4 sessions	1 tècnic
7. Recursos materials	8. Espai
<ul style="list-style-type: none">- 1 Màrfega o tovallola / persona.- Ampolla d'aigua.- Gots.- Farmaciola.- Telèfon mòbil.	<p>Sala del Centre Cívic Can Pau Raba (C/Raval Cortines, 24. Vic-Bcn). Telf 93 8864724 (Joan C.)</p> <ul style="list-style-type: none">- Temperatura sala (entre 18^o-20^o)- Sala amb sistema ventilació- Sala amb espai suficient per a la cabuda de tots els participants, lliure de mobiliari/objectes que pugui interferir en la mobilitat requerida per als diferents exercicis d'estiraments.- Disponibilitat de lavabo / WC.
9. Contraindicacions / Adaptacions necessàries	
<ul style="list-style-type: none">- Contraïndicat en cas de: lesions musculars, lligamentoses o tendinoses en fase aguda; osteoporosis severa; traumatismes articulars recents; insuficiències respiratòries greus; durant la digestió o en cas d'indicació mèdica específica.- Adaptació de la intensitat dels exercicis a les condicions de cada persona prioritzant la participació de tots els components i creació d'un context agradable per sobre de la intensitat o la durada de cada exercici.	
10. Observacions / Aspectes a tenir en compte	
<ul style="list-style-type: none">- Roba còmode que afavoreixi la transpiració.- Calçat esportiu / còmode.- Hidratació i alimentació adequada abans i després de l'exercici.- Evitar acabar esgotats.- Intercalar petits descansos entre exercicis	



HORARI: 10h -11h

1ª SESSIÓ (15/04/14)

- (20'') Arribada. Presentació dels participants i posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre possibles hàbits esportius.

Identificar la rellevància dels següents punts:

- Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
- Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi i tècnics participants).
- Participació en la mesura de les possibilitats (100% capacitat actual).

Breu posada en comú estat físic-anímic

- (35'') Exercicis d'estiraments musculars.
- Escalfament (a partir de 2 exercicis d'estiraments proposats per cada participant).
- Es complementarà la sessió amb altres exercicis d'estiraments de les diferents zones corporals inclosos a la fitxa annexa d'estiraments (2 repeticions per cada exercici) fins arribar al venciment del temps d'estiraments establerts.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

2ª SESSIÓ (22/04/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (40'') Exercicis d'estiraments musculars.
- Escalfament (a partir de 2 exercicis d'estiraments proposats per cada participant).
- Es complementarà la sessió amb altres exercicis d'estiraments de les diferents zones corporals inclosos a la fitxa annexa d'estiraments (2 repeticions per cada exercici) fins arribar al venciment del temps d'estiraments establerts.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada")

3ª SESSIÓ (29/04/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (40'') Exercicis d'estiraments musculars.
- Escalfament (a partir de 2 exercicis d'estiraments proposats per cada participant).
- Es complementarà la sessió amb altres exercicis d'estiraments de les diferents zones corporals inclosos a la fitxa annexa d'estiraments (2 repeticions per cada exercici) fins arribar al venciment del temps d'estiraments establerts.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada")

4ª SESSIÓ (06/05/14)

- (15'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (40'') Exercicis d'estiraments musculars.
- Escalfament (a partir de 2 exercicis d'estiraments proposats per cada participant).
- Es complementarà la sessió amb altres exercicis d'estiraments de les diferents zones corporals inclosos a la fitxa annexa d'estiraments (2 repeticions per cada exercici) fins arribar al venciment del temps d'estiraments establerts.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada")

b) Fase Creativa - Artística (Crea)



Categoria activitat: 2
Període: 29/04 al 20/05 del 2014

Nom de l'activitat: pintura	
1. Justificació	
<p>La creativitat artística és la capacitat que implica l'associació, anàlisi i interpretació de coneixements adquirits per a generar noves idees, a través de l'ús de recursos plàstics, lingüístics, sonors o mixtes, amb una finalitat estètica i/o comunicativa.</p> <p>S'ha demostrat que la creació artística, és un mitjà efectiu per a la intervenció terapèutica en el tractament de problemes relacionats amb necessitats emocionals, cognitives i físiques de l'ésser humà.</p> <p>La pintura, es tracta de l'art mitjançant el qual es representa en una superfície plana, qualsevol objecte visible o imaginari, o es suggereix per mitjà de la línia i del color.</p>	
2. Objectius	
<ul style="list-style-type: none"> - Potenciar la creativitat - Afavorir l'expressió personal - Afavorir el coneixement personal 	
3. Participants	
<p>Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.</p>	
4. Descripció de l'activitat	
<p>Activitat estructurada en 4 parts:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posada en comú sobre experiències i coneixements sobre el dibuix / la pintura. De forma individual, pintar / dibuixar lliurement en funció de 3 moments diferents diferenciats per el tipus de música. Posada en comú en grup dels dibuixos realitzats 2. Establir grups equitatius en relació al nombre de persones. 3. Treball 4. Exposició i comentari dels murals realitzats <p>En el cas de la 1ª sessió els membre que formen el grup identificaran verbalment el motiu d'elecció de l'activitat.</p>	
5. Durada	6. Recursos humans
60 minuts aprox. 1/setmana: Dimarts 10h - 11h. Total 4 sessions	1 tècnic
7. Recursos materials	8. Espai
<ul style="list-style-type: none"> - Paper d'embalar - Papers blancs - Llapissos - Goma - Retoladors (24 unitats) - Pintura dits (diferents colors) - Pinzells (nº4, nº12 i nº16) - Gots de plàstic - Plats de plàstic - Barra de cola - Estisores - Aparell reproductor música - Farmaciola - Telèfon mòbil. 	<p>Sala del Centre Cívic Can Pau Raba (C/Raval Cortines, 24. Vic-Bcn). Telf 93 8864724 (Joan C.).:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura sala (entre 18º-20º) - Sala amb sistema ventilació - Sala amb espai suficient per a la cabuda de tots els participants - Disponibilitat de lavabo / WC. - Amb taula/es, cadires situades al voltant d'aquesta/es - Accés pica amb sortida d'aigua.
9. Adaptacions necessàries	
<ul style="list-style-type: none"> - Es poden facilitar mandales, per a aquelles persones que es mostrin bloquejades o amb manca d'inspiració. 	
10. Observacions / Aspectes a tenir en compte	
<ul style="list-style-type: none"> - No és necessari tenir aptituds o habilitats específiques en tècniques de dibuix i/o la pintura. - Cada presentació finalitzarà amb aplaudiment grupal. 	



1ª SESSIÓ (13/05/14)

- (15'') Arribada. Posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre experiències i coneixements sobre el dibuix/ la pintura .
- Recordatori (si precisa) sobre la rellevància dels següents punts:
 - Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
 - Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi i tècnics participants).
 - Participació en la mesura de les possibilitats (100% capacitat actual).
- Breu posada en comú estat físic-anímic
- (35'') Desenvolupament activitat
- Explicació de l'activitat: cada persona disposarà de 3 fulls en blanc, per dibuixar/pintar lliurement, en 3 moments diferenciats per 3 estils de música diferent:
 1. Rock and roll (5'' aprox.)
 2. Música folk / popular (5'' aprox.)
 3. Música clàssica (5'' aprox.)
- Realització de l'activitat.

S'incentivarà a esgotar els 5 minuts de cada categoria musical, en tot cas aquelles persones que acabin de dibuixar/pintar el seu full abans, s'hauran d'esperar a la finalització del temps establert.

S'anotará el nom de la persona que realitza el dibuix al darrera de cada full.
- Al finalitzar el 3er full, es procedirà a presentar al grup els dibuixos realitzats en funció de cada categoria musical i s'intentarà raonar el resultat de cada un d'ells.
- El tècnic/dinamitzador de l'activitat s'encarregarà de guardar els dibuixos per a la següent sessió.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

2ª SESSIÓ (20/05/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat
- Explicació de l'activitat: s'establiran 2 grups a l'atzar, amb nombre equitatiu de participants.
- Es donarà un temps de reflexió grupal, per acordar una composició que integri almenys 1 dibuix dels realitzats en la sessió anterior per part de cadascun dels membres del grup (poden ser parts de cada dibuix) i decidir almenys un element natural (disponible a l'entorn proper) que ajudi a complementar el mural.
- Es realitzarà una sortida exterior per recollir l'element natural (fulla, herba, flor, pedra...) que ajudarà a complementar la composició del mural.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

3ª SESSIÓ (27/05/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic.
- (45'') Explicació de l'activitat: organitzats a partir dels 2 grups realitzats en l'anterior sessió, s'entregarà un tros de paper d'embalar de dimensions aproximades de 60cm x 90cm per cada grup.

Cada grup disposarà dels dibuixos realitzats per cada component, durant la 1ª sessió, així com dels elements de la natura recollits en l'anterior sessió i s'hauran de posar d'acord per crear una única composició conjunta en la qual s'haurà d'integrar almenys 1 dibuix de cada component del grup (poden ser parts de cada dibuix, en aquest cas s'hauran de retallar els originals) i a



Categoria activitat: 2
Període: 29/04 al 20/05 del 2014

partir dels quals, enganxant els diferents elements, s'haurà de crear un mural-collage. La composició serà de temàtica lliure.

- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

4ª SESSIÓ (03/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic.
- (45'') Exposició grupal, per torns (primer un grup i després l'altre), dels murals realitzats, exposats en un espai visible per a tots els participant i complementant cada presentació amb una breu descripció del procés per part de cada un dels membres del grup (des del dibuix individual, fins al dibuix conjunt). Cada presentació es finalitzarà amb un aplaudiment grupal.
- Es donarà la opció de realitzar fotos dels murals i gravar-la en pendrive o enviar per e-mail a cadascú dels participants les composicions realitzades
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").



Categoria activitat: 2
Període: 29/04 al 20/05 del 2014

Nom de l'activitat: Fotografia artística	
1. Justificació	
<p>La creativitat artística és la capacitat que implica l'associació, anàlisi i interpretació de coneixements adquirits per a generar noves idees, a través de l'ús de recursos plàstics, lingüístics, sonors o mixtes, amb una finalitat estètica i/o comunicativa.</p> <p>S'ha demostrat que la creació artística, és un mitjà efectiu per a la intervenció terapèutica en el tractament de problemes relacionats amb necessitats emocionals, cognitives i físiques de l'ésser humà.</p> <p>En el cas de la fotografia, es fa referència l'art que permet plasmar el que s'està veient en un moment determinat i a través del que és capaç de captar la persona, estimular-la per a que intenti interpretar allò que l'emociona, la motiva i la sorprèn.</p>	
2. Objectius	
<ul style="list-style-type: none">- Potenciar la creativitat- Afavorir l'expressió personal- Afavorir el coneixement personal	
3. Participants	
Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.	
4. Descripció de l'activitat	
<p>La pràctica serà aproximadament d'una hora per sessió (amb un total de 4 sessions), amb la següent distribució:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Posada en comú sobre experiències i nocions bàsiques sobre el maneig de la càmera. Introducció al taller i estructura d'aquest. Acord d'itinerari per a la realització de fotos (prioritzar espais naturals).2. Sortida grupal a exteriors per a la realització de fotos. Realització d'almenys 3 fotografies Emociona / motiva / sorprèn.3. Presentació individual fotos realitzades i raonament motiu selecció. Establir grups (2-3 persones) per treballar conjuntament muntatge fotogràfic (collage) a partir de les fotografies realitzades per cadascun dels components i acordar un títol d'aquest4. Exposició i comentari dels muntatges fotogràfics. <p>En el cas de la 1ª sessió els membre que formen el grup identificaran verbalment el motiu d'elecció de l'activitat.</p>	
5. Durada	6. Recursos humans
60 minuts aprox. 1/setmana: Dimarts 10h - 11h. Total 4 sessions	1 tècnic
7. Recursos materials	8. Espai
<ul style="list-style-type: none">- Mínim 4 Càmeres de fotos- Mínim 4 ordinadors- Programa per fer muntatge fotogràfic http://www.photovisi.com- Farmaciola.- Telèfon mòbil.	Vit-Vic, Carrer de la Llotja s/n. Recinte firal El Sucre, VIC, 08500. Barcelona. Telf. 93 7027286 (Pep i/o Irene) <ul style="list-style-type: none">- Temperatura sala (entre 18º-20º)- Sala amb sistema ventilació- Sala amb espai suficient per a la cabuda de tots els participants- Disponibilitat de lavabo / WC.- Disponibilitat d'un mínim de 5 ordinadors amb connexió a internet.
9. Adaptacions necessàries	
Contemplar la opció de barrejar persones amb nocions en el maneig de la càmera de fotos i ordinador amb d'altres que presentin manca de coneixements al respecte.	
10. Observacions / Aspectes a tenir en compte	
<ul style="list-style-type: none">- No és necessari tenir aptituds o habilitats específiques en el maneig de càmera fotogràfica o maneig d'ordinadors.- Cada presentació finalitzarà amb aplaudiment grupal.- S'evitarà l'aparició de rostres en les fotografies per tal de preservar drets imatge.	



Categoria activitat: 2
Període: 29/04 al 20/05 del 2014

1ª SESSIÓ (13/05/14)

- (15'') Arribada. Posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre experiències i coneixements sobre fotografia.
- Recordatori (si precisa) sobre la rellevància dels següents punts:
- Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
 - Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi i tècnics participants).
 - Participació en la mesura de les possibilitats (100% capacitat actual).
- Breu posada en comú estat físic-anímic.
- (35'') Desenvolupament activitat:
 - Descripció de l'activitat → taller dividit en 2 parts: individual (fer foto) // grupal treballar en la realització d'un collage fotogràfic conjunt.
 - Breu introducció teòric-pràctica en el maneig bàsic de la càmera de fer fotos digital: encès i apagat de la càmera, enfoc i zoom, visió de les imatges realitzades, resolució de possibles dubtes al respecte. Descarregar fotos al PC, comprovar-ne funcionament.
 - Proposta reflexió sobre 2 possible imatges per fotografiar.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

* evitar la realització de fotografies on apareguin rostres de persones per tal de preservar els drets d'imatge personal

2ª SESSIÓ (20/05/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
 - (45'') Desenvolupament activitat:
 - (30'') Sortida exterior per a la realització de les fotos de cada participant en funció de la temàtica/imatges seleccionades.
Cada persona haurà de realitzar 2 imatges diferenciades (objectes, paisatge, situació...).
 - Cada persona podrà disparar un màxim de 10 fotos en total de les 2 imatges diferenciades (és a dir que de cada imatge es poden prendre diferents fotos variant els enfoc, perspectives, llum...)
 - (15'') Tornada:
Guardar les fotos a pendrive/ordinador.
Establiment de grups per parelles (en cas de que el nombre total de persones sigui imparell hi haurà un grup format per 3 persones). Posada en comú sobre la temàtica de les fotos i valorar possible acord per establir composició conjunta.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

3ª SESSIÓ (27/05/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic.
 - (45'') Desenvolupament activitat (agrupats segons els grups establerts en la sessió anterior).
 - Introducció teòric-pràctica al maneig de programa online gratuït per fer collages fotogràfics: photovisi (<http://www.photovisi.com>).
 - Treball grupal, distribuïts en un ordinador per parella o màxim de 3 persones, per realitzar collage conjunt amb la selecció de 2 fotos per persona realitzades en la sessió anterior.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").



Categoria activitat: 2
Període: 29/04 al 20/05 del 2014

4ª SESSIÓ (03/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic.
- (45'') Exposició grupal, per torns d'un per un dels collages realitzats, a través d'un ordinador amb la pantalla visible per a tots els participant i complementant cada presentació amb una breu descripció del procés per part de cada un dels membres del grup. Cada presentació es finalitzarà amb un aplaudiment grupal.
- Es donarà la opció de gravar pendrive o enviar per e-mail a cadascun dels participants les composicions realitzades
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

c) Fase voluntariat (Relacionat)



Categoria activitat: 3
Període: 10/06 al 01/07 del 2014

Nom de l'activitat: Voluntariat Menjador social "El Tupí"	
1. Justificació	
<p>El voluntariat és una forma de participació social que pot definir-se com l'ajuda o el servei que una persona tria lliurement prestar a d'altres, que en principi son desconeguts, sense rebre ni esperar recompensa econòmica alguna per això i que treballa en el context d'una organització formalment constituïda sense ànim de lucre.</p> <p>Segons dades recents aportades per una revisió sistemàtica i metanàlisis, la pràctica del voluntariat pot millorar la salut mental de les persones que el practiquen. Els mateixos voluntaris d'aquest estudi identifiquen nivells més baixos de depressió i un visible augment de satisfacció amb la vida.</p>	
2. Objectius	
<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la participació social - Fomentar la responsabilitat - Afavorir les relacions interpersonals 	
3. Participants	
<p>Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.</p>	
4. Descripció de l'activitat	
<p>El Tupí és un servei de menjadors social que proporciona, de forma temporal, àpats elaborats a persones i famílies amb greus necessitats socials i que necessiten ajuda per a la subsistència.</p> <p>Les tasques assignades per al voluntariat d'aquest estudi han estat pactades amb l'equip del Tupí en funció de les seves necessitats i la franja horària determinada, i inclouen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parar taules. - Suport a la preparació de primers plats. - Tasques de magatzem <p>En el cas de la 1ª sessió es farà la presentació dels membre que formen el grup a l'equip del "Tupí" i del Banca d'aliments s'identificarà verbalment el motiu d'elecció de l'activitat.</p>	
5. Durada	6. Recursos humans
60 minuts aprox. 1/setmana: Dimarts 11h -12h. Total 4 sessions	1 tècnic + equip del menjador social el Tupí
7. Recursos materials	8. Espai
<ul style="list-style-type: none"> - Farmaciola - Telèfon mòbil. 	Menjador social el Tupí. C/Pellaire Dulcet s/n, Vic, 08500. Barcelona. Banc Aliments (Creu Roja Osona) C/Pellaire Dulcet baixos 93 885 62 62
9. Adaptacions necessàries	
<ul style="list-style-type: none"> - Per a l'assignació d'aquestes es tindrà en compte les aptituds i predisposició personal dels participants. 	
10. Observacions / Aspectes a tenir en compte	
<ul style="list-style-type: none"> - Es compta amb l'experiència i el suport de l'equip del Tupí i del Banc d'aliments, alhora d'assessorar i supervisar la implementació de les tasques de voluntariat 	



1ª SESSIÓ (10/06/14)

- (15'') Arribada. Posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre experiències i coneixements en voluntariat.
Recordatori (si precisa) sobre la rellevància dels següents punts:
 - Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
 - Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi i tècnics participants).
 - Participació en la mesura de les possibilitats.
- Presentació a l'equip del menjador social el Tupí // Banc d'aliments.
Breu posada en comú estat físic-anímic
- (35'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Parar taules
 - Suport a la preparació de primers plats.
 - Tasques de magatzem
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

2ª SESSIÓ (17/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Parar taules
 - Suport a la preparació de primers plats.
 - Tasques de magatzem
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

3ª SESSIÓ (24/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Parar taules
 - Suport a la preparació de primers plats.
 - Tasques de magatzem
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

4ª SESSIÓ (01/07/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Parar taules
 - Suport a la preparació de primers plats.
 - Tasques de magatzem
- (5'') Tancament activitat (comiat equip Tupí / Banc d'aliments+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").



Nom de l'activitat: Voluntariat a l'Associació Defensa dels Animals d'Osona	
1. Justificació El voluntariat és una forma de participació social que pot definir-se com l'ajuda o el servei que una persona tria lliurement prestar a d'altres, que en principi son desconeguts, sense rebre ni esperar recompensa econòmica alguna per això i que treballa en el context d'una organització formalment constituïda sense ànim de lucre. Segons dades recents aportades per una revisió sistemàtica i metanàlisis, la pràctica del voluntariat pot millorar la salut mental de les persones que el practiquen. Els mateixos voluntaris d'aquest estudi identifiquen nivells més baixos de depressió i un visible augment de satisfacció amb la vida.	
2. Objectius <ul style="list-style-type: none">- Fomentar la participació social- Fomentar la responsabilitat- Afavorir les relacions interpersonals	
3. Participants Persones de la mostra d'estudi que hagin seleccionat aquesta activitat en la categoria d'activitat física.	
4. Descripció de l'activitat L'Associació Defensa dels Animals d'Osona és una entitat sense ànim de lucre dedicada a la protecció dels animals, la qual ofereix refugi a animals rescatats i abandonats i en fomenta l'adopció d'aquests. Les tasques assignades per al voluntariat d'aquest estudi han estat pactades amb l'equip Voluntariat a l'Associació Defensa dels Animals d'Osona en funció de les seves necessitats i la franja horària determinada, i inclouen: <ul style="list-style-type: none">- Alimentar els animals- Netejar els espais dels animals.- Treure a passejar els animals. En el cas de la 1ª sessió es farà la presentació dels membre que formen el grup a l'equip del "Tupí" i s'identificarà verbalment el motiu d'elecció de l'activitat.	
5. Durada 60 minuts aprox. 1/setmana: Dimarts 10h -11h. Total 4 sessions	6. Recursos humans 1 tècnic+ equip de l'Associació Defensa dels Animals d'Osona.
7. Recursos materials <ul style="list-style-type: none">- Furgoneta- Farmaciola- Telèfon mòbil.- Es disposarà de l'estructura organitzativa que ofereix el propi menjadors social el Tupí.	8. Espai Protectora d'Animals d'Osona C/ Torre d'en Bosch Disseminat, s/n. 08503. Gurb. Telf. 628 195 227
9. Adaptacions necessàries <ul style="list-style-type: none">- Per a l'assignació d'aquestes es tindrà en compte les aptituds i predisposició personal dels participants.	
10. Observacions / Aspectes a tenir en compte <ul style="list-style-type: none">- Exclusió de persones amb algun tipus d'al·lèrgia o contraindicació per a la salut relacionada amb la interacció amb gossos / gats- Cada persona porti refrigeri.- Roba còmode i vella o que es pugui embrutar.	



1ª SESSIÓ (10/06/14)

- (15'') Arribada. Posada en comú de la motivació / raons per a la selecció d'aquesta activitat i sobre experiències i coneixements en voluntariat.
Recordatori (si precisa) sobre la rellevància dels següents punts:
 - Puntualitat i compliment fins al final del temps establert per a la sessió.
 - Respecte amb l'entorn i les persones implicades (persones mostra d'estudi, tècnics participants i animals).
 - Participació en la mesura de les possibilitats (100% capacitat actual).Presentació a l'equip de la protectora.
Breu posada en comú estat físic-anímic.
- (35'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Alimentar els animals
 - Netejar els espais dels animals.
 - Treure a passejar els animals.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

2ª SESSIÓ (17/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Alimentar els animals
 - Netejar els espais dels animals.
 - Treure a passejar els animals.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").
-

3ª SESSIÓ (24/06/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Alimentar els animals
 - Netejar els espais dels animals.
 - Treure a passejar els animals.
- (5'') Tancament activitat (comiat+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

4ª SESSIÓ (01/07/14)

- (10'') Arribada. Breu posada en comú estat físic-anímic
- (45'') Desenvolupament activitat:
Informació sobre les tasques a realitzar
Desenvolupament de les tasques assignades en funció de les necessitats del recurs i motivació i competències de cadascun dels participants:
 - Alimentar els animals
 - Netejar els espais dels animals.
 - Treure a passejar els animals.
- (5'') Tancament activitat (comiat equip Protectora+recordatori trobada dia següent al "Punt trobada").

Informació i Compromís col·laboradors

INFORMACIÓ I COMPROMÍS DELS COL·LABORADORS

PROGRAMA D'ESTUDI: Influència d'un programa d'oci psicosocial sobre la funcionalitat i el benestar psicològic en persones afectades de depressió a la comarca d'Osona.

La depressió és un trastorn que engloba una sèrie de problemes de salut mental entre els quals se'n destaquen un estat anímic deprimat persistent i la pèrdua d'interès en activitats.

Pel que fa al tractament, els fàrmacs antidepressius han demostrat una millora de la simptomatologia depressiva, però en molts casos aquesta millora és insuficient si es té en compte el nivell de funcionalitat de la persona ("trobar-se a un mateix com era abans"). D'aquesta millora insuficient, se'n deriven el que es coneixen com a símptomes residuals, entre els que es troben: alteracions de la son, ànim deprimat, pèrdua d'interès i plaer, apatia, ansietat, fatiga, símptomes gastrointestinals i de l'esfera sexual etc.

Darrerament s'ha identificat un creixent interès sobre l'efecte de teràpies alternatives en relació a les tradicionals intervencions amb antidepressius i la psicoteràpia, i en l'actualitat les guies sobre la depressió inclouen propostes com l'activitat física o l'activació conductual com a intervencions indicades en determinats estadis de la depressió major.

En la línia de les teràpies alternatives o complementàries la farmacoteràpia i la psicoteràpia, son varis els estudis que han demostrat els beneficis de l'oci per a la salut i el benestar, i com aquest pot facilitar la recuperació en aspectes que els tractaments farmacològics presenten limitacions. És per aquest motiu, i amb l'objectiu d'afavorir la millora en la qualitat de vida de les persones afectades per la depressió, proposem una intervenció psicosocial, que afavoreixi l'estimulació de les àrees positives de la persona (emocions positives, sensació d'autoeficàcia, relacions interpersonals etc.) mitjançant l'ús d'un programa d'oci estructurat com a instrument d'activació conductual en benefici d'una millora respecte la funcionalitat i el benestar.

L'estudi consisteix en realitzar una selecció d'activitats d'un programa d'oci, estructurat en 3 categories (1. Activitat física, 2. Artística-creativa i 3. Voluntariat) per a les quals s'estaria disposats a participar durant 12 setmanes consecutives amb una sessió d'oci setmanal (1'30 hora/setmana), complementat per una dinàmica grupal (1'30h/setmana) que permeti fer una posada en comú sobre els possibles aspectes treballats durant les respectives sessions d'oci.

INFORMACIÓ I COMPROMÍS DELS COL·LABORADORS

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col.laboradors pel que fa el secret professional.

El sotasignat, com a col.laborador de l'estudi, col.labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col.laboració amb el nostre estudi.

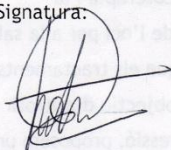
El sotasignat està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

Vic, 31 de MAIG de 20 19

Col.laborador: ADRIANA VILANOVA

DNI: 4363 1988 - E

Signatura:



Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez

(Terapeuta Ocupacional nºCol·legiat 192

Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:



Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col.laboradors pel que fa el secret professional.

El sotasignat, com a col.laborador de l'estudi, col.labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col.laboració amb el nostre estudi.

El sotasignat està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

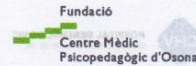
Vic, 3 de ABRIL de 2014

Col.laborador: JOAN CARLES AUMATELL Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez
DNI : 33940309 Z JORDA (Terapeuta Ocupacional n°Col·legiat 192

Signatura: Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:



INFORMACIÓ I COMPROMÍS DELS COL·LABORADORS

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinarà la presència de simptomatologia depressiva, una altra el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col·laboradors pel que fa el secret professional.

El sotasignat, com a col·laborador de l'estudi, col·labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col·laboració amb el nostre estudi.

El sotasignat està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

Vic, 2 de JUNY de 2014

Col·laborador: *Beatriu Blasi*

DNI : 33942759-A

Signatura:

Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez

(Terapeuta Ocupacional n°Col·legiat 192

Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:

INFORMACIÓ I COMPROMÍS DELS COL·LABORADORS

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altra el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col.laboradors pel que fa el secret professional.

El sotassignat, com a col.laborador de l'estudi, col.labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col.laboració amb el nostre estudi.

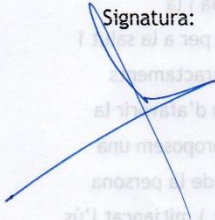
El sotassignat està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

Vic, 18 de MARÇ de 2014

Col.laborador: JOAQUIM VIVES

DNI : 36215920-M

Signatura:



Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez

(Terapeuta Ocupacional nºCol·legiat 192

Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:



INFORMACIÓ I COMPROMÍS DELS COL·LABORADORS

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col.laboradors pel que fa el secret professional.

El sotasignat, com a col.laborador de l'estudi, col.labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col.laboració amb el nostre estudi.

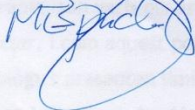
El sotasignat està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

Vic, 29 de maig de 2014

Col.laborador: M^o DEL MAR ESPADRIER

DNI: 32930051-2

Signatura:



Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez

(Terapeuta Ocupacional n^o Col·legiat 192

Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:



Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

Compromís dels col.laboradors pel que fa el secret professional.

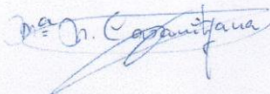
El sotassgnant, com a col.laborador de l'estudi, col.labora en tot el procediment de tractament de les dades de caràcter personal i es compromet a garantir el secret professional, obligació que es mantindrà, fins i tot, després de finalitzada la relació de col.laboració amb el nostre estudi.

El sotassgnant està conforme amb les premises esmentades i es compromet a aplicar les mesures de seguretat establertes per l'estudi pel que fa al tractament de dades de caràcter personal.

Vic, 18 de Març de 2014

EL TUPI

Col.laborador: Núria Casamitjana
DNI: 39232454-C
Signatura:



Responsable de l'estudi: Ruben del Río Sáez
(Terapeuta Ocupacional n°Col·legiat 192
Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona)

Telèfon: 93 889 46 00

Signatura:





1. Que l'espai VIT (Vic Integració Tecnològica) cedirà un espai equipat amb 14 ordinadors i connexió a la xarxa a la Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona, per a realitzar-hi formació relacionada amb la iniciació a la informàtica, adreçada als seus usuaris i durant una hora setmanal.
2. Que l'espai VIT també oferirà assessorament per plantejar nous projectes de recerca i desenvolupament de tecnologia que facilitin la formació i el treball amb el seu públic.
3. Que la Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona inclourà en les informacions divulgatives i en els actes que realitzi, l'acord de col·laboració objecte d'aquest conveni.
4. Aquest conveni tindrà una vigència d'un any a comptar a partir de la data de la seva signatura i serà prorrogable per períodes anuals a no ser que sigui denunciat per alguna de les parts, amb un mes d'antelació.

Aquest conveni és de naturalesa administrativa i les qüestions que es puguin plantejar en la seva interpretació i compliment, seran de coneixement i competència de l'ordre jurisdiccional del contenciós-administratiu.

En prova de conformitat, signen aquest document per duplicat en el lloc i la data esmentats en l'encapçalament.

Organisme Autònom de Fires i Mercats
de l'Ajuntament de Vic



Ajuntament de Vic
Fires i Mercats
Edifici El Sucre
C. Misteriador Ramon d'Abadal, 5
Tel. 93 883 31 00 - 08500 VIC

Josep Arimany Manso
Vicepresident i
regidor de Noves Tecnologies
de l'Ajuntament de Vic

Fundació Centre Mèdic
Psicopedagògic d'Osona

Mercè Generó Prat
Gerent



001791 CÀRREC PER DÈBIT DIRECTE

CREDITOR: FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEG. A P.F.		ID. CREDITOR: E573000G08171407	
REF. MANDAT: 400105523	VENCIMENT: 02-12-2014	REF. DÈBIT: 00400001055230000005719611000229707	
DEUTOR: _FUNDACIO C.M.PSICOPEDAG.OSONA			
Titular: Per compte de Concepte: Seguro de R.C. GENERAL Ramo 40 Rbo. 5719611 Gestor 20729 Nif tomador 060703 386 Per. 01-12-2014 A 01-12-2015 / anual		.Id. Titular: .Identificador	
PER A ACLARIMENTS, ADRECEU-VOS AL CREDITOR ESMENTAT MÉS AMUNT		IMPORT TOTAL: EUROS *****5.354,21	
ENTITAT PRESENTADORA:	BBVAESMMXXX 0182	ENTITAT CREDITORA: BBVAESMMXXX 0182 0999	
NÚM. DÈBIT:	2014336002173070		
TITULARS F PRIVADA C M PSICO PEDAGOGIC D OSONA		A la data indicada hem CARREGAT en el seu compte, pel concepte expressat, la quantitat indicada com a IMPORT TOTAL.	
OFICINA	DATA	IBAN	
VIC - AV. PAISOS CATALANS	02-12-14	ES16 0182 0359 7402 0000 4735	

059/02 45 0014118 13 20141202 F05H02

Informe d'aprovació de l'estudi del Comitè Ètic d'Investigació Clínica
(CEIC)



Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi

Dr. Eduardo Kanterewicz, President del Comitè Ètic d' Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES)

Faig constar

Que d'acord amb els antecedents documentals que existeixen en els arxius del CEIC,

DEL RIO SAEZ RUBEN

consta en qualitat d'investigador/a principal del projecte:

Influència d'un programa d'oci psicosocial sobre la funcionalitat i el benestar psicològic en persones afectades de depressió major. Codi CEIC 2013847, Codi Intern PR77 i que va ser aprovat per aquest CEIC el 28/01/2014.

Que s'acompleixen els requisits d'idoneïtat del protocol en relació als objectius de l'estudi.

Que la capacitat de l'investigador i els medis disponibles son apropiats per dur a terme l'estudi.

Eduardo Kanterewicz Binstock

Vic a, 11 de febrer de 2014



FULL INFORMATIU SOBRE L'ESTUDI

PROGRAMA D'ESTUDI: Influència d'un programa d'oci psicossocial sobre la funcionalitat i el benestar psicològic en persones afectades de depressió a la comarca d'Osona.

La depressió és un trastorn que engloba una sèrie de problemes de salut mental entre els quals se'n destaquen un estat ànomic deprimat persistent i la pèrdua d'interès en activitats.

Pel que fa al tractament, els fàrmacs antidepressius han demostrat una millora de la simptomatologia depressiva, però en molts casos aquesta millora és insuficient si es té en compte el nivell de funcionalitat de la persona ("trobar-se a un mateix com era abans"). D'aquesta millora insuficient, se'n deriven el que es coneixen com a símptomes residuals, entre els que es troben: alteracions de la son, ànim deprimat, pèrdua d'interès i plaer, apatia, ansietat, fatiga, símptomes gastrointestinals i de l'esfera sexual etc.

Darrerament s'ha identificat un creixent interès sobre l'efecte de teràpies alternatives en relació a les tradicionals intervencions amb antidepressius i la psicoteràpia, i en l'actualitat les guies sobre la depressió inclouen propostes com l'activitat física o l'activació conductual com a intervencions indicades en determinats estadis de la depressió.

En la línia de les teràpies alternatives o complementaries la farmacoteràpia i la psicoteràpia, son varis els estudis que han demostrat els beneficis de l'oci per a la salut i el benestar, i com aquest pot facilitar la recuperació en aspectes que els tractaments farmacològics presenten limitacions. Es per aquest motiu, i amb l'objectiu d'afavorir la millora en la qualitat de vida de les persones afectades per la depressió, proposem una intervenció psicossocial, que afavoreixi l'estimulació de les àrees positives de la persona (emocions positives, sensació d'autoeficàcia, relacions interpersonals etc.) mitjançant l'ús d'un programa d'oci estructurat com a instrument d'activació conductual en benefici d'una millora respecte la funcionalitat i el benestar.

L'estudi consisteix en la participació en un programa d'oci estructurat en 3 categories (1. Activitat física, 2. Artística-creativa i 3. Voluntariat) i reforçat per una dinàmica grupal que permeti reflexionar sobre les competències aplicades durant cada una de les sessions d'oci. La durada del programa serà de 12 setmanes consecutives, i cada setmana estarà formada per una sessió d'oci setmanal (1'30h./setmana) i un Espai de Trobada (1,30h

/setmana) que permeti fer una posada en comú sobre els possibles aspectes treballats durant les respectives sessions d'oci.

Així mateix, es passaran 3 escales de valoració predeterminades per a l'estudi (una que determinar la presència de simptomatologia depressiva, una altre el nivell de qualitat de vida i una darrera per mesurar el benestar psicològic) en dos moments de l'estudi.

La seva participació em aquesta investigació és plenament voluntària i si desitja retirar-se de l'estudi pot fer-ho quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en la seva atenció mèdica. Així mateix els terapeutes responsables de l'estudi es reserven el dret de la cancel·lació de la participació davant possibles situacions que atemptin contra la integritat personal o material de les persones i recursos inherents a l'estudi.

Si decideix participar en aquest estudi, totes les seves dades i la seva identitat seran confidencials.

Per aquest estudi és necessari recollir dades de la seva malaltia i situació sociolaboral. La recollida i tractament d'aquestes dades es farà d'acord amb el que s'estableix en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal. S'adoptaran les mesures oportunes per a garantir la deguda protecció de les dades en tot moment, preservant la confidencialitat. Vostè té dret a sol·licitar la rectificació de qualsevol dada incorrecte o incompleta.

A continuació us facilitem el telèfon de contacte per si voleu realitzar alguna consulta al respecte d'aquest estudi.

Persona de contacte: Ruben del Río

Telèfon de contacte: 93 889 46 00 (matins de 8:30h a 14:30h)

Agraïm per avançat la seva col·laboració
Ruben del Río (Terapeuta Ocupacional nº col·legiat 192)

Consentiment informat de participació a l'estudi



CONSENTIMENT INFORMAT

Influència d'un programa d'oci psicosocial sobre la funcionalitat i el benestar psicològic en persones afectades de depressió a la comarca d'Osona.

Jo
(*Nom i cognoms*)

1. He rebut informació sobre l'estudi.
2. He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
3. Comprenc que la meva participació és voluntària.
4. Sé que puc retirar-me de l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això repercuteixi en les meves atencions mèdiques.

Dono lliurement la conformitat per participar en l'estudi

Signatura del participant

Signatura del terapeuta responsable

Nom del participant

Nom del terapeuta

Data:

Data:


Presentació menú d'activitats (Power point)

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona

PROGRAMA D'OCI PSICOSOCIAL

Osona



Rubén del Río
Terapeuta Ocupacional
Salut Mental
Nº Col·legiat: 192

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona

LES CATEGORÍES



1. Activitat Física
2. Creativitat - Artística
3. Comunitaria (Voluntariat)

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona

LES ACTIVITATS

1. Activitat Física



- 1.a. Estiraments 
- 1.b. Passejades 

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona

LES ACTIVITATS

2. Artística-Creativa

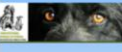

- 2.a. Pintura 
- 2.b. Fotografia 

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona

LES ACTIVITATS

3. Comunitaria (voluntariat)


- 3.a. Protectora 
- 3.b. Menjador Social 

CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona


L'APODERAMENT

PUNT DE TROBADA



CHV HOSPITAL GENERAL DE VIC COMPLEU HOSPITALS DE VIC

Fundació Centre Mèdic Psiquiàtric d'Osona



Som-hi!!!

Calendari d'activitats i espais

CALENDARI D'ACTIVITATS I ESPAIS

	Esitraments	Passejada
15/04/2014	9:45h-11h	11:15-12:30
16/04/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
22/04/2014	10h-11h	11:30-12:30
23/04/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
29/04/2014	10h-11h	11:30-12:30
30/04/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
05/05/2014	10h-11h	11:30-12:30
06/05/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h

ESTIRAMENTS i PASSEJADES:

Can Pau Raba C/Raval Cortines, 24
Vic. Telf. 93 886 47 24

	Pintura	Fotografia
13/05/2014	10h-11h	11:30-12:30
14/05/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
20/05/2014	10h-11h	11:30-12:30
21/05/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
27/05/2014	10h-11h	11:30-12:30
28/05/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
03/06/2014	10h-11h	11:30-12:30
04/06/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h

PINTURA:

Can Pau Raba C/Raval Cortines, 24
Vic. Telf. 93 886 47 24

FOTOGRAFIA

Vit-Vic Carrer de la Llotja s/n. Recinte
firal El Sucre. Vic. Telf. 93 702 72 86

	Protectora	Menjador Social
10/06/2014	9:30h-11:30h	11h - 13h
11/06/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
17/06/2014	9:30h-11:30h	11h - 13h
18/06/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
24/06/2014	9:30h-11:30h	11h - 13h
25/06/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h
01/07/2014	9:30h-11:30h	11h - 13h
02/07/2014	PUNT TROBADA	15:30-17h

PROTECTORA:

Protectora d'Animals d'Osona
C/Torre d'en Bosch Disseminat, s/n Gurt
Telf. 628 195 227

[\(sortim de Can Pau Raba junts\)](#)

MENJADOR SOCIAL / BANC ALIMENTS

C/Pellaire s/n, Vic
Telf. 679 361 451

TELÈFON DE CONTACTE RUBEN:
93 889 46 00 (Matins de 8:30h a 14:30h)

