

SALUT MENTAL I COMUNITAT.
DISSENY D'UN PROGRAMA D'INTERVENCIÓ PER A LA MILLORA DE
LA PARTICIPACIÓ OCUPACIONAL DE PERSONES AFECTADES DE
TRASTORN BIPOLAR A TRAVÉS DE LA VINCULACIÓ AMB EL BANC
DEL TEMPS

Marcel·la Torra Torras

*"The greatest good you can do for another is not just
share your riches, but reveal to them their own."*

Benjamin Disraeli

4rt curs Teràpia Ocupacional/TREBALL FINAL DE GRAU

Tutor de TFG: Sílvia Madrid

Vic, juny 2016

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

INTRODUCCIÓ	3
1. RESUM	4
1.1. RESUM.....	4
1.2. ABSTRACT	5
2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA	6
2.1. EL PROBLEMA D'ESTUDI I EL SEU INTERÈS.....	6
2.2. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: EL TRASTORN BIPOLAR	7
2.3. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: ELS BANCS DEL TEMPS (ó BdT).....	19
2.4. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: ELS PROGRAMES DE PARTICIPACIÓ SOCIAL EN SALUT MENTAL.....	25
2.5. JUSTIFICACIÓ DEL MARC TEÒRIC DE REFERÈNCIA.....	29
2.6. JUSTIFICACIÓ DEL TREBALL	34
3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	35
4. METODOLOGIA	35
4.1. ÀMBIT D'ESTUDI	35
4.2. DISSENY DE L'ESTUDI.....	37
4.3. POBLACIÓ I MOSTRA DE PARTICIPANTS.....	38
4.4. CRITERIS D'INCLUSIÓ-EXCLUSIÓ.....	38
4.5. INTERVENCIÓ	39
4.6. VARIABLES DE MESURA.....	42
4.7. ANÀLISI DELS REGISTRES.....	43
4.8. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	44
4.9. ASPECTES ÈTICS.....	44
5. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS	47
6. BIBLIOGRAFIA	49
7. ANNEXOS	55
7.1. EINES DE VALORACIÓ INICIAL	55
7.2. EINES DE VALORACIÓ DE SEGUIMENT.....	64
7.3. EINES DE VALORACIÓ FINAL.....	70
7.4. FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT	78
8. AGRAÏMENTS	81
9. NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM A EXPERIÈNCIA	81

INTRODUCCIÓ

El present treball final de grau va néixer des de la premissa que la qualitat de vida i el benestar emocional se sustenten en gran part sobre les relacions satisfactòries amb els altres. Amb la vista última posada a servir com a recurs real per a l'associació on s'emmarca, el document s'ha anat bastint amb la finalitat de dissenyar un programa que valori l'impacte real de la participació ocupacional sobre la vida diària de les persones participants, afectades de trastorn bipolar.

Participar "ocupacionalment" significa tenir l'oportunitat d'implicar-se en una activitat mitjançant l'ocupació significativa, única i diferenciada de cada persona. Quan parlem de salut mental, la participació en activitats, sobretot les de caire social, es veu molt reduïda per les connotacions estigmatitzadores de la pròpia malaltia i el propi subjecte, el que anomenem auto-estigma.

Per aquest motiu el treball pretén situar els participants en un context relacional satisfactori que ajudi a desplegar les pròpies capacitats en benefici del propi benestar emocional, alhora que preveu facilitar un seguit d'eines que contribueixin en aquest mateix sentit.

L'estudi està estructurat en una primera part en què es fa tota una revisió bibliogràfica dels antecedents i dels agents que intervenen: salut mental i trastorn bipolar, participació social i bancs del temps. Seguidament, en un segon bloc, s'exposa la proposta del treball, definint les hipòtesis, la metodologia i la previsió dels beneficis que s'esperen obtenir. Finalment, l'apartat destinat a contenir els annexos de les eines que s'han anat requerint al llarg de tot el treball, així com la bibliografia i la nota final de l'autor.

1. RESUM

1.1. RESUM

L'objectiu principal del present treball és determinar la variació en el benestar emocional dels participants, persones afectades de trastorn bipolar, arran de la participació en les activitats del banc del temps. L'estudi pren de referència les necessitats de les persones de l'associació ABIGirona (associació de persones afectades de trastorn bipolar de les comarques de Girona), un total de 15 persones de les quals s'identificaran les capacitats, preferències, limitacions i percepció de benestar relacionat amb participació social i l'oci, amb la finalitat de conèixer-ne l'evolució després de la vinculació amb el recurs del banc del temps.

Partint dels beneficis demostrats de la participació en activitats relacionals i tenint en compte la privació en aquest àmbit que poden presentar les persones afectades d'un trastorn mental, es presenta una proposta que vincula oferta i demanda, de forma que els resultats puguin esdevenir avantatjosos per a totes les parts. La bibliografia recercada indica que no s'han descrit, fins a dia d'avui, les potencialitats d'un programa específic entre el banc del temps i una població mostral formada per persones afectades de trastorn bipolar. Per tant, resulta ser un projecte innovador amb previsió de resultats positius que podran servir de base per a noves cooperacions entre entitats socials de la mateixa ciutat, sempre amb la voluntat de potenciar la normalització i la inclusió social dels col·lectius més desfavorits.

L'estudi s'ha plantejat des d'una perspectiva de disseny qualitatiu, atès que se centra a comprendre les persones, el context i les relacions entre ells, utilitzant el mètode fenomenològic, que permet conèixer la interpretació que els individus donen a la seva pròpia vivència. Les possibles baixes que es puguin presentar per motius relacionats amb la pròpia malaltia, s'han pal·liat mitjançant el disseny d'unes mesures que tenen la finalitat de minimitzar aquestes limitacions en la mesura del possible.

1.2. ABSTRACT

The main objective of this study is to determine the variation in the emotional well-being of participants, people suffering from bipolar disorder, by participating in the activities of the time bank. The study starts from needs of people linked to ABIGirona association (association of people affected by bipolar disorder in the province of Girona) They are 15 people of whom will identify capabilities, preferences, limitations and perception of well-being related to social participation and leisure, in order to meet their development after the relationship with Time Bank.

Based on the proven benefits of participation in relational, and taking into account deprivation that people suffering from a mental disorder can present in this area, a proposal that links supply and demand is made, so that the results can become advantageous for all parties. The found literature indicates that, until today, it has not been described the potential of a specific program that relates Time Bank and people suffering from bipolar disorder. Therefore, it was an innovative project with anticipation of positive results that will serve as a basis for further cooperation between social organizations of the same city, always with the aim of promoting normalization and social inclusion of the most disadvantaged groups.

The study has been raised from a qualitative design, focused on understanding people, context and relationships between them, using the phenomenological method to find out the interpretation that people give to their own experience. The possible losses that may arise for reasons related to the disease itself have been mitigated by designing measures aimed to minimize these limitations as much as possible.

2. ANTECEDENTS I ESTAT ACTUAL DEL TEMA

2.1. EL PROBLEMA D'ESTUDI I EL SEU INTERÈS

Des de fa uns quants anys, i agreujada per la irrupció de la crisi econòmica pels voltants del 2008, s'ha anat instaurant una crisi social marcada per una desinstitucionalització i una desvinculació dels models que fins aleshores havien regit i estructurat la vida de les persones. Les transformacions en el model familiar, el consumisme compulsiu, la precarietat, la deslocalització i dispersió de les activitats de la vida quotidiana i la caiguda en picat del paper aglutinador que representava l'església, per exemple, han contribuït a dibuixar una societat predominantment egoïsta en què l'home persegueix, tan sols, el seu propi interès, deixant de banda qualsevol comportament altruista. Ens trobem en una situació en què el desenvolupament de la nostra capacitat científica, tècnica i econòmica no ha anat acompanyada del desenvolupament de la nostra capacitat moral (Zubero, 1996).

Aquesta falta d'interès per l'altre, que repercuteix en una pèrdua de les relacions socials i comunitàries, condueix irremissiblement a una davallada del benestar emocional i espiritual de la persona, que pot arribar a qualificar la seva vida com a buida, sense sentit. Les classes populars estan experimentant un augment de la vulnerabilitat, en patir de forma directa la caiguda de la condició salarial. Però també es troben en risc de limitació de la participació social altres col·lectius, com les poblacions envellides, les persones recentment immigrades i les que pateixen algun tipus de malaltia, sobretot parlem de trastorns mentals, amb el greuge estigmatitzador que comporten (Cortés Izquierdo, 2005). Estudis recents han demostrat els beneficis de la participació social fent incís, però, en els col·lectius més desfavorits i amb més necessitats, com són les persones que pateixen algun tipus de trastorn mental. En aquest sentit són molts els autors (Tundidor, 2013; Vilouta Pena, 2013) que defensen la necessitat d'emprendre accions col·lectives planificades, altament crítiques i compromeses per part dels professionals de la salut en general (i en especial dels terapeutes ocupacionals), que apliquin els principis de justícia ocupacional per tal d'aconseguir un canvi social i polític amb la finalitat que tothom pugui accedir a ocupacions significatives que li permetin arribar a ser ciutadà de ple dret (Cortina, 1997).

La intervenció que es proposa en aquest treball segueix aquest fil argumental: es tracta del disseny d'un programa de participació social i comunitària a través de la implicació en el Banc del Temps (ó, en endavant, BdT), destinat a persones que pateixen trastorn bipolar a la ciutat de Girona. Creiem que la participació comunitària, i concretament la participació en una organització solidària com el Banc del Temps, es revela com una eina altament eficaç a l'hora de pal·liar els efectes de la limitació en la participació que pot experimentar aquest col·lectiu.

2.2. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: EL TRASTORN BIPOLAR

El trastorn bipolar (o maníac-depressiu) consisteix en una alteració dels mecanismes que regulen l'estat d'ànim de la persona, de forma que els canvis que experimenta es veuen accentuats fins al punt que poden requerir hospitalització. Les persones que pateixen aquest trastorn presenten, durant dies, setmanes o mesos, una fase de depressió caracteritzada per una pèrdua d'interès en les seves activitats, falta de concentració, apatia (qualsevol tasca esdevé un escull insalvable) i alteracions del son i de la gana (Serra, 2011).

Aquests símptomes van seguits de l'anomenada fase de mania o d'hipomania, segons la seva intensitat. Aquesta nova etapa ve determinada per una percepció de grandiositat en què la persona se sent capaç de qualsevol cosa, s'implica en nombrosos projectes, parla en excés, duu a terme elevades despeses i es molesta fàcilment quan se li porta la contrària. Alguns pacients presenten fases mixtes, en què es barreja simptomatologia depressiva amb simptomatologia maníaca. La persona que pateix un trastorn bipolar pot experimentar uns símptomes que, en alguns casos, distorsionen intensament la personalitat. Dissortadament, com passa amb altres tipus de trastorn mental, freqüentment s'associa a prejudicis populars com la cronicitat, la irreversibilitat o la perillositat. En realitat, però, aquesta malaltia no difereix tant d'altres patologies que no es veuen agreujades per l'estigmatització.

La mania i la hipomania

La mania (o la hipomania quan és moderada) és un quadre clínic molt característic. Moltes vegades el primer símptoma és una disminució de la

necessitat de dormir: el pacient dorm poques hores i s'aixeca molt de matinada amb moltes idees i ple d'energia. Durant el dia desenvolupa una activitat inusual, comença nous projectes en què s'implica excessivament, mostra interès per assumptes que fins llavors no li havien cridat l'atenció, fa despeses innecessàries i substancioses, es mostra extremadament alegre, sociable i parlador, tot i que sovint acaba resultant indiscret. De mica en mica aquests símptomes es van acompanyant d'una creixent impaciència i irritabilitat i la persona pot arribar a mostrar-se agressiva si és contrariada. En casos més greus, l'increment exagerat del to vital pot conduir a una sobrevaloració de les pròpies capacitats, cosa que el porta a perdre la noció de la realitat, creient-se dotat de poders sobrenaturals o assetjat per múltiples enemics (Jara, ML.; Lorena, K.; Schneider, L.S.; Lemos, 2008).

La mania comporta greus conseqüències per a la persona afectada: separacions, pèrdua de feina, endeutament, deteriorament social, entre d'altres. Els símptomes que es poden presentar durant l'episodi maníac són: irritabilitat, hiperactivitat, disminució de la necessitat de dormir, loquacitat, augment de la sociabilitat, eufòria, idees de grandesa, augment de l'impuls sexual, acceleració del pensament, generació excessiva i inapropiada de despeses, conducta desordenada, plans irrealitzables, idees delirants o al·lucinacions. Una gran intensitat dels símptomes durant la fase maníaca i el comportament anormal de la persona durant aquest temps acaben comportant l'hospitalització. No obstant, gràcies als efectes ràpids de la medicació actual, la durada dels ingressos hospitalaris es va reduint i, en qüestió de setmanes, es troben en disposició de rebre tractament ambulatori.

La hipomania és una mania suau, menys intensa. Durant la hipomania no es presenten símptomes psicòtics. La resta de símptomes es presenten de forma més lleu, amb menys alteració del comportament que en el cas de la mania i en la majoria dels casos no requereix hospitalització.

La depressió

La fase depressiva del trastorn bipolar és similar a la resta de tipus de depressió, especialment aquells en què no hi ha una causa clara que la desencadeni. La persona afectada se sent cansada, sense il·lusió, apàtica i desmotivada. Qualsevol acte rutinari requereix un enorme esforç i la situació sembla no tenir sortida. S'altera el son, la gana i la conducta sexual. Res no sembla tenir sentit, ni tan sols el seguiment de les normes higièniques bàsiques. Alguns pacients poden notar ansietat, idees repetitives de tipus negatiu o desitjos de morir. En els casos greus poden aparèixer idees delirants de contingut depressiu, de ruïna o de culpa. Un dels principals problemes de la fase depressiva és que la persona no és conscient que el seu estat és transitori i que, amb un tractament adequat, pot recuperar-se. Per a la persona deprimida res ni ningú pot canviar la seva situació i, en alguns casos, el suïcidi es veu com l'única sortida possible.

Els símptomes de la fase depressiva poden ser: apatia i falta d'il·lusió, sensació de tristesa o de buit, baixa autoestima, dificultat en la realització de les tasques habituals, alentiment, falta de concentració, desig de morir, molèsties físiques, ansietat, alteracions del son, alteracions de la gana, inhibició social, idees de culpa o de ruïna (Jara, ML.; Lorena, K.; Schneider, L.S.; Lemos, 2008)

Les fases mixtes

Les fases mixtes consisteixen en una barreja de símptomes de mania i depressió que es presenten al mateix temps. Aquesta situació resulta especialment difícil de diagnosticar i comporta un gran patiment per a la persona i també per al seu entorn. És freqüent que en aquestes fases aparegui hiperactivitat i acceleració del pensament alhora que també idees negatives i pensaments depressius. La irritabilitat i l'ansietat són també símptomes comuns de les fases mixtes. Alguns pacients presenten fases mixtes de forma puntual, però és més freqüent que siguin una continuació d'una fase maníaca o depressiva. Això ocorre sobretot en els pacients anomenats "cicladors ràpids", que es caracteritzen per canviar sovint, fins a varies vegades en un any, i de forma brusca, d'una fase a una altra.

Els símptomes que es poden observar en una fase mixta són: mal humor, acceleració del pensament, inquietud, hostilitat, falta d'ill·lusió, canvis ràpids d'humor, labilitat emocional, insomni, comportament descontrolat, idees delirants, idees negatives, al·lucinacions (Jara, ML.; Lorena, K.; Schneider, L.S.; Lemos, 2008)

Les fases de remissió

Sortosament, la persona que pateix un trastorn bipolar no passa tota la seva vida d'una fase a l'altra, sinó que existeixen períodes en què, després de recuperar-se d'una crisi, l'estat d'ànim es va normalitzant i els símptomes de la malaltia desapareixen pràcticament per complet. Aquestes fases de remissió s'anomenen "fases d'eutímia", que significa estat d'ànim correcte.

Durant aquesta fase no es pot confiar en l'abolició del problema. Cal estar atent, sense obsessionar-se, per tal de prevenir qualsevol símptoma que anunciï una nova crisi. Per això és imprescindible seguir les recomanacions del psiquiatre i la medicació preventiva, que està destinada a allargar al màxim el temps de remissió i impedir (o suavitzar) l'aparició de nous episodis. Estar en remissió no significa estar curat, però és l'estat que més s'hi acostava. No obstant, cal tenir en compte que la malaltia, en aquesta fase, està adormida.

Causes del trastorn bipolar

Segons la literatura científica (Vieta, E.; Colom, F.; Martínez-Arán, 2009) la causa principal del trastorn bipolar és una alteració dels mecanismes biològics que regulen l'estat d'ànim. El funcionament d'aquests mecanismes depèn de 2 factors: el genètic i l'ambiental. Actualment se sap que en el trastorn bipolar la genètica juga un paper molt important, ja que és responsable de la desregulació del l'estat d'ànim. Els factors ambientals poden actuar com a precipitants de les crisis, però generalment és necessària certa predisposició hereditària per a desenvolupar la malaltia.

Moltes persones han manifestat la malaltia en edat adulta i de vegades no hi ha casos similars a la família, però cal destacar que moltes malalties de component

hereditari no es presenten en el naixement i calen factors ambientals, tan o més importants que els genètics, per tal que es manifestin. Per altra banda, els antecedents familiars poden ser-hi, encara que molt remots i, per tant, desconeguts per a l'afectat. Finalment, les mutacions, els canvis espontanis en els gens, expliquen que les malalties hereditàries apareguin en persones sense antecedents.

L'estat d'ànim és el motor que impulsa la persona a la consecució de fites, més enllà de la simple satisfacció de les necessitats bàsiques. Per a un bon funcionament psíquic i físic és imprescindible la integritat dels mecanismes que el regulen, que són els que permeten no defallir davant les dificultats, afrontar els problemes del dia a dia i mantenir la il·lusió en el futur. Quan els problemes sobrepassen la capacitat d'adaptació d'una persona, aquests mecanismes no aconsegueixen per si sols restablir l'equilibri anímic i pot sobrevenir una depressió. Aquestes depressions són denominades generalment "depressions reactives" o "exògenes" perquè aparentment es produeixen com a conseqüència d'un succés desfavorable per al subjecte. No obstant hi ha un altre tipus d'alteracions de l'estat d'ànim en què els propis mecanismes reguladors són els que funcionen de forma incorrecta, de manera que la persona afectada pot patir una depressió sense necessitat que hi hagi un problema evident i, com que quasi sempre hi ha problemes que podrien justificar una depressió reactiva, moltes vegades passa desapercebuda l'autèntic origen del trastorn, que resideix en una disfunció dels propis mecanismes.

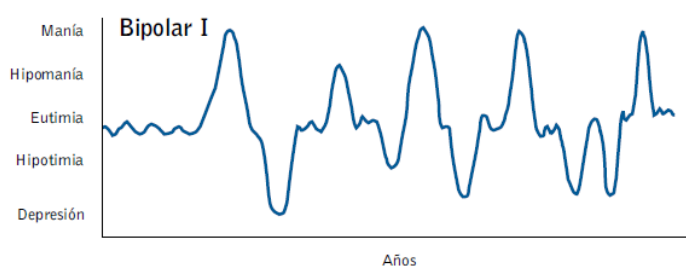
En la regulació del to vital hi participen factors genètics, biològics, psicològics, socials, meteorològics i farmacològics. Entre tots els biològics destaquen unes substàncies que circulen per les neurones, els neurotransmissors, i també les hormones. Aquests elements funcionen com un termòstat: quan l'estat d'ànim disminueix es produeixen diverses substàncies que impedeixen que s'arribi a nivells massa baixos, la qual cosa podria posar en perill la supervivència de la persona. Quan l'ànim s'eleva, se'n produeixen unes altres que eviten un excés d'eufòria, que també podria comportar problemes, com la infravaloració del risc i la sobrevaloració de les pròpies forces. Quan aquest regulador perd precisió,

qualsevol esdeveniment estressant pot acabar provocant una alteració important de l'estat d'ànim. Les depressions que apareixen després d'un part, per exemple, són fruit de la combinació del descens bruscat de la concentració d'estrògens en sang, i les dificultats psicològiques d'adaptació a la nova situació (inseguretat, càrregues familiars i econòmiques, etc.). La localització d'aquests mecanismes de regulació és el sistema límbic, situat a la zona central interna.

Els diferents tipus de trastorn bipolar

El trastorn bipolar es classifica dins de l'apartat de malalties de l'estat d'ànim (Vieta, E.; Colom, F.; Martínez-Arán, 2009), juntament amb altres trastorns com la depressió unipolar. Dins dels trastorns bipolars existeixen una sèrie de subtipus: tipus I, tipus II i la ciclotímia:

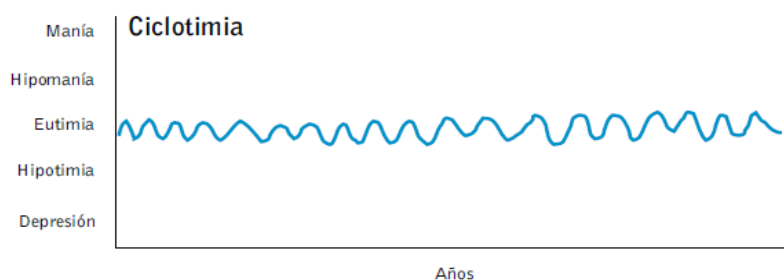
- Trastorn bipolar tipus I: és la forma clàssica de la malaltia. Es caracteritza per fases de mania, que generalment requereix hospitalització, i depressions intenses. En aquest tipus és relativament que apareguin deliris i al·lucinacions.



- Trastorn bipolar tipus II: es caracteritza per depressions intenses, però amb fases d'eufòria moderades, que no solen requerir ingrés hospitalari (hipomanies).



- **Ciclotímia:** consisteix en la successió d'hipomanies i fases depressives, lleus o moderades, i generalment les persones que la pateixen no en són conscients, per la qual cosa no reben cap tipus de tractament psiquiàtric. La persona que presenta aquest tipus de trastorn bipolar és vista pels altres com algú inestable, imprevisible, amb oscil·lacions anímiques freqüents.



L'evolució de la malaltia

Generalment la malaltia es desenvolupa de forma imperceptible durant l'adolescència, etapa ja amb tendència a la inestabilitat emocional, i assoleix el seu cim a l'edat adulta, amb fases clarament maníacques o depressives. Amb tractament, l'evolució de la malaltia és generalment bona (Timms, 2007), contràriament a si no es tracta, ja que es produeixen constants recaigudes i greus afectacions familiars, laborals i socials. Tot i que moltes vegades el detonant del primer episodi és una vivència estressant, a partir d'aquí la malaltia es va independitzant de les circumstàncies ambientals i psicològiques i cada recaiguda fa que l'individu sigui més vulnerable a l'estrès. Això fa que hi hagi pacients que presentin el que s'anomena "ciclació ràpida", que és la successió ininterrompuda de depressió i eufòria.

El trastorn bipolar és lleugerament més freqüent en la població femenina que en la masculina, tot i que la ciclació ràpida és pròpiament femenina. Hi ha un subgrup de pacients que tendeixen a recaure sempre a les mateixes dates, amb la qual cosa s'han descrit factors meteorològics com a participants de la regulació de l'estat d'ànim. El patró estacional més freqüent és el que comporta una fase depressiva a la primavera, una de maníaca o hipomaníaca a l'estiu i una nova depressió a la tardor. Sembla que els factors meteorològics més importants són la llum del dia i la seva durada.

Conseqüències i complicacions de la malaltia

Una persona amb trastorn bipolar sense tractar pot patir conseqüències greus, com el suïcidi, generalment en el context d'una fase depressiva profunda (Gutiérrez-García, A.G.; Contreras, C.M.; Orozco-Rodríguez, 2006). La persona té la sensació que la seva vida no té sentit, se sent fracassada i inútil, és incapaç de gaudir de res i pensa sincerament que la seva desaparició serà un alleujament per a ella i per a la gent del seu entorn. En aquest estat és molt difícil que compregui que allò és transitori i que el medicament l'ajudarà a veure les coses d'una altra manera. S'estima que un 15% dels pacients amb trastorn bipolar moren per suïcidi, tot i que l'índex d'intents frustrats és molt més elevat.

Una altra complicació greu és el consum i abús de drogues, sobretot estimulants com la cocaïna o les amfetamines, que proporcionen un alleujament momentani dels símptomes depressius (Gómez-Durán, E.L.; Carrión, M.I.; Xifró, A.; Martín-Fumadó, 2010). L'alcohol és, per a d'altres, una forma d'escapar de l'angoixa que acompanya la depressió. L'abús de drogues pot dificultar el diagnòstic del trastorn i també pot empitjorar-ne el pronòstic.

Les alteracions familiars (separacions matrimonials, dificultat per comprendre la malaltia, sobreprotecció amb limitació de l'autonomia personal), laborals (caiguda de la productivitat, pèrdua del lloc laboral), i socials (prejudicis, degeneració i empobriment de les relacions socials) són afectacions negatives molt comunes derivades de la malaltia psiquiàtrica (Holmgren D., Lermenda, V., Cortés C., Cárdenas I., Aguirre K., Valenzuela K., 2005).

L'estigma també apareix com una de les conseqüències més greus en les persones que pateixen algun tipus de trastorn mental. Es tracta d'un complex fenomen social que afecta en gran mesura les persones que pateixen algun tipus de trastorn mental. Amb aquest terme es fa referència a un conjunt d'actituds, habitualment negatives, que un grup social manté amb altres grups minoritaris en virtut del fet que aquests presenten algun tipus de tret diferencial que permet identificar-los. Erving Goffman utilitza el terme estigma per referir-se a un atribut profundament desacreditant (López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A.,

Rodríguez, A.M., Aparicio, 2008), relacionant-se amb un estereotip negatiu de la persona que el posseeix. En aquest sentit, l'estigmatització va acompanyada d'estereotips (entesos com un conjunt de creences errònies que condicionen la percepció i la valoració de les persones), de prejudicis (predisposicions emocionals negatives subjectes a creences estereotipades) i de discriminació (propensió a desenvolupar accions concretes en termes de distància social cap al grup estigmatitzat).

Els tres aspectes van units i es reforcen mútuament. Si ens centrem concretament a les característiques de l'estigma cap a persones amb malaltia mental, els estereotips se solen agrupar en: perillositat, estranyesa i impredictibilitat, dificultat de relació i un cert grau de responsabilitat i "culpa" sobre allò que els passa. Associats a aquestes idees sorgeixen els prejudicis de por, rebuig, desconfiança, però també compassió, mantenint sempre la distància. Conseqüentment apareixen les accions discriminatòries de contacte social o distància social mitjançant el rebuig, l'aïllament, la recomanació de reclusió institucional, entre d'altres.

Les conseqüències de l'estigma social cap a les persones amb trastorn mental greu impacten a molts nivells, tant en termes de discriminació personal com també de conseqüències derivades de l'auto-estigmatització. La discriminació es fa palesa en termes d'accés a l'habitatge, al món laboral, a diferents tipus de relacions socials significatives (parella, xarxes socials), discriminacions de tipus legal, en els serveis sanitaris i socials, en la participació en la política, en les retallades en els drets civils com el vot, el matrimoni, la cura dels fills o el maneig de les finances, entre d'altres (Barrón, A., Sánchez, 2001). De l'auto-estigmatització sorgeix el tret principal que caracteritza la situació vital de l'individu estigmatitzat: l'*acceptació*. La persona acaba considerant "normal" el tracte de rebuig per part de la societat (Goffman, 1970).

Finalment, la limitació de la participació és una de les grans conseqüències de la patologia mental, en general. Quan una persona presenta problemes de salut mental hi ha una desadaptació amb l'entorn causat pel deteriorament dels hàbits

o un desequilibri ocupacional, fent que aquest col·lectiu experimenti una baixa qualitat de vida i falta de satisfacció generalitzada (García Alén, L.; Talavera Valverde, M.A.; Díaz Polo, 2013). Segons aquests autors, la bibliografia revisada planteja que persones amb problemes de salut mental presenten dificultat per complir amb el rol social esperat i per gaudir d'activitats significatives. El seu nivell de destreses socials no s'ajusta a les demandes socials exigides, presentant dificultat per assolir una execució eficaç en els diferents tipus de participació social.

Alguns estudis assenyalen els factors socials, com l'alienació mental, i els factors ambientals, com l'estrès, com a elements mediadors psicològics i psicosocials que contribueixen al benestar psicològic personal i que poden evitar problemes de salut mental, com la depressió (Barrón, A., Sánchez, 2001). Segons aquest estudi, l'explicació del benestar psicològic passa per tenir en compte les influències de l'estrès, l'alienació i la integració comunitària, així com el suport social i certs factors psicològics com l'autoestima i els estils d'afrontament dels problemes, que tindria a veure amb qüestions més de personalitat. Per això aquests autors asseguren que el suport social, a través de grups de suport i autoajuda, és clau en els programes d'intervenció en persones amb problemes de salut mental.

Tot i que amb el temps s'ha anat reduint la pràctica de l'internament psiquiàtric, segueix essent la via de tractament escollida per alguns metges en els casos més extrems. No obstant, no és una opció absent de riscos. En assajos que daten del 1961, (Goffman, 1972) ja es parlava de com la identitat individual de les persones internades en institucions psiquiàtriques totals podia patir greus mutilacions, ja que l'usuari es troba aïllat de l'exterior, pateix desconexions socials, queda desposseït dels seus béns i experimenta un inevitable canvi de rol. Goffman parlava de "des-culturització" com el desentrenament a què se sotmet l'intern i que l'incapacita temporalment per a la vida diària. En aquest text es veu clarament com pot incidir sobre la identitat individual el fet d'estar reclòs en una institució psiquiàtrica total.

El tractament

Afortunadament el trastorn bipolar compta amb medicaments que ajuden a superar la depressió i també de substàncies que redueixen la freqüència de les recaigudes i la seva intensitat. El medicament més important en aquest camp és el liti, que actua d'eutimitzant, de regulador de l'estat d'ànim, que es pot combinar, si cal, amb fàrmacs antipsicòtics. En tot cas, el tractament farmacològic ha d'estar sempre curosament supervisat per un metge especialista.

A part dels fàrmacs, però, hi ha altres tipus de tractament coadjuvant que s'han demostrat altament eficaços en les persones que pateixen trastorn bipolar, com abordatges d'índoles psicològica i psico-educativa, tant per a pacients com per a familiars, així com intervencions psicosocials per a la millora de l'aspecte interpersonal i de relació. Hi ha autors que afirmen que una de les estratègies que més pes han assolit els últims temps és l'aposta pel contacte directe com a via més efectiva per canviar actituds i conductes, tant de les persones afectades com de la societat en general (Barrón, A., Sánchez, 2001).

En aquest sentit es considera de gran utilitat afavorir la interacció i la capacitació entre diferents grups de població per tal d'activar en els participants processos de re-categorització i el desenvolupament d'idees i d'actituds noves, més adaptatives, més justes i inclusives. I el context més adequat que es proposa és el context natural, lluny d'intervencions "de laboratori". Per això es creu que el suport social a través de la intervenció i participació comunitària són el marc terapèutic ideal que pot generar oportunitats de canvi i d'apoderament.

El tractament des de Teràpia Ocupacional

La Teràpia Ocupacional és l'art i la ciència de capacitar, de fer possible que persones, grups i comunitats s'involucrin en la seva vida diària a través de l'ocupació, d'habilitar les persones per tal que treballin en pro de la seva salut i benestar personal i de guiar la intervenció per tal d'assolir una societat més justa i inclusiva en què totes les persones puguin participar, segons les seves potencialitats, en les ocupacions de la vida diària.

La Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT, 1997), defineix l'ocupació com al grup d'activitats i tasques de la vida diària nominades i organitzades, i a les quals s'atribueix un valor i un significat per part dels individus i de la cultura en què es troben immersos. Així, ocupació és tot allò que les persones fan per tenir cura d'elles mateixes, incloent l'auto-manteniment, el gaudi de la vida i la contribució al teixit social i econòmic de la comunitat.

Des de la visió de la Teràpia Ocupacional, autors rellevants (Wilcock, 1998) defensen l'ocupació com un mecanisme per a la interacció social, a través de la qual participem en la creació i en el desenvolupament del sentit de comunitat. El 1998 Gary Kielhofner ja defensava que la pràctica de l'ocupació dota d'identitat, de rol i determina el sentit de pertinença a la comunitat.

El patiment d'un trastorn mental situa la persona en un punt de vulnerabilitat en què és molt fàcil que apareguin serioses limitacions per implicar-se i desenvolupar ocupacions significatives. Aquesta situació s'anomena "privació ocupacional". El concepte "Occupational deprivation" va aparèixer el 1995 de la mà de Whiteford G. i es refereix a aquell entorn no desitjat que limita ocupacionalment la persona (Wilcock, A.; Townsend, 2004). El 1998 Ann Wilcock, (citada a Moruno Miralles, P.; Fernández Agudo, 2012) va ampliar el concepte com la "influència d'una circumstància que impedeix adquirir, usar o gaudir d'alguna cosa". Per ella, aquestes circumstàncies són la tecnologia, la divisió social del treball, l'absència d'oportunitats de feina, la pobresa, les normes i regulacions, o la malaltia i la discapacitat. Posteriorment, l'any 2005, Whiteford va afegir "és un fenomen extern, socialment construït sobre la base dels valors culturals que generen l'exclusió, la qual cosa crea, a la vegada, un escenari possible de la privació ocupacional".

A partir d'aquí, i gràcies als treballs de Wilcock i de Townsend (Wilcock, A.; Townsend, 2004), sorgeix el terme de "justícia ocupacional" ("occupational justice"), centrat en la teràpia centrada en el client, que ja defensava Carl R. Rogers (Rogers, 1981). Proposen així un mètode bàsic d'intervenció a través de la capacitació a través de l'ocupació. Des d'aquesta perspectiva Wilcock i

Townsend (Moruno Miralles, P.; Fdez Agudo, 2012) defineixen la capacitació com un “abordatge participatiu, orientat a l’apoderament, que els terapeutes ocupacionals anomenen Pràctica centrada en el client”.

Seguint aquest argument, doncs, les persones diagnosticades de trastorn bipolar, es troben clarament en situació de risc per patir privació ocupacional. Si a la simptomatologia pròpia de la malaltia, li afegim l’autopercepció de fracàs i de poca causalitat personal i l’estigmatització social, aleshores el risc és màxim. La teràpia centrada en la persona per assolir un major poderament podrà contribuir a un foment de la participació social i comunitària i ajudar-la a prendre les seves pròpies decisions en matèria de salut i benestar físic i emocional.

2.3. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: ELS BANCS DEL TEMPS (ó BdT)

Què són i d’on provenen?

Alguns autors justifiquen la necessitat de l’existència de xarxes socials personals. El context sociocultural en què està immersa la persona determina les seves característiques relacionals. La xarxa social personal de l’individu pot ser definida com la suma de totes les relacions que un subjecte percep com a significatives i contribueix substancialment al propi reconeixement de l’individu com a individu i a la imatge que té de si mateix (Enríquez, 2000). Autors com Lomnitz, el 1975, definien la xarxa social com el conjunt de relacions d’intercanvi recíproc de béns i serveis en un espai determinat. Aquesta autora diferencia la “xarxa egocèntrica”, referida al total d’individus amb qui la persona intercanvia recíprocament béns i serveis, de la “xarxa exocèntrica” en què allò característic no és l’intercanvi amb un individu determinat, sinó l’intercanvi de tots amb tots. Amb això, la xarxa exocèntrica tendeix a ser més intensa i duradora que els vincles socials assolits en una xarxa egocèntrica.

En aquest sentit els bancs del temps són xarxes exocèntriques en què la moneda d’intercanvi és temps (hora per hora), amb l’objectiu de facilitar un servei a base de donar, rebre i compartir el seu temps amb d’altres persones, generalment del seu entorn comunitari. És, per tant, una organització sense ànim

de lucre, formada per persones que duen a terme intercanvis d'habilitats, de serveis, coneixements o tasques puntuals amb altres membres del mateix banc. La gestió del BdT pot ser duta a terme mitjançant voluntariat o bé pel personal tècnic del propi consistori.

Aquest tipus d'experiències no són noves (Gutiérrez, 2009), s'ha comprovat que tenen un llarg recorregut i que funcionen en diversos àmbits i amb col·lectius diferents. De fet, l'intercanvi d'objectes i de serveis va instaurar-se com a forma natural per obtenir allò que les famílies necessitaven, a canvi d'aquells productes que els sobraven. Abans de l'intercanvi monetari no hi havia altra cosa que l'intercanvi d'espècies.

L'intercanvi comunitari és un concepte més modern, sustentat alhora sobre la idea de l'antic intercanvi de serveis. Aquest sistema té el seu origen en una espècie d'intercanvi modern que es va crear al Canadà sobre els anys 1970, en què hi va haver un moviment social de retorn a la terra, amb experiències cooperatives i comunitàries promogudes per gent jove i sense recursos. Això els va dur a crear, l'any 1976, a Vancouver, un primer sistema d'intercanvi que es va anomenar *Community Exchange* (Sanz Santos, 2013). Des del Canadà es va expandir la idea a Austràlia i Regne Unit, on es varen consolidar. Va ser a Austràlia on van sorgir projectes com els LETS (Local Exchange Trading System) arran de la crisi econòmica provocada per l'entrada del Regne Unit a la CEE. Els sistemes LETS són iniciatives locals, no lucratives, que proveeixen la comunitat dels productes i serveis que els seus membres poden intercanviar-se, utilitzant una moneda pròpia que té un valor assignat prèviament. Els principis sobre els quals se sustenta són la reciprocitat, la confiança i l'ajuda mútua.

Els bancs del temps són una evolució natural de les xarxes LETS, amb el mateix ideal social, però amb unes característiques pròpies que els defineixen. Comencen als EUA amb l'experiència dels *Time Dollar*, concepte desenvolupat per Edgar Cahn a la dècada dels 80, amb la idea principal que la unitat de valor és el temps. Els *Time Dollar* funcionen de la següent manera: una organització local, com una església o una organització comunitària, actua com a banc central

del barri, registrant informàticament la tasca dels voluntaris del programa, que reporten les seves hores treballades a canvi de crèdits al banc, que a la vegada podran utilitzar quan vulguin en un futur. D'aquesta forma el banc facilita poder adquisitiu a la gent amb pocs recursos.

El país pioner en l'intercanvi de temps a Europa ha estat Itàlia. El model de BdT que es va implantar a Catalunya es basava en aquest model italià de les associacions de dones, que al llarg dels anys 90s s'intercanviaven temps per resoldre els problemes de la vida diària i que després van rebre el suport de Regidories de la Dona d'alguns ajuntaments. Així, les "Xarxes d'intercanvi de coneixements" es basen en aquest tipus d'intercanvi a partir de la premissa que tot es pot aprendre, ensenyar i transmetre.

Com funcionen?

L'objectiu principal del BdT és fomentar les relacions socials i la igualtat entre diferents estrats econòmics, alhora que pretén constituir-se com a enllaç entre diferents entitats que treballen al barri, com escoles, entitats socials, col·lectius, etc. Aquesta xarxa de suport comunitari potencia l'ajuda mútua i pretén resoldre necessitats de la vida quotidiana alhora que ajuda a l'estalvi econòmic de famílies i particulars.

L'estructura bàsica d'aquesta iniciativa és la dinàmica d'oferta i demanda de serveis. L'oferta es materialitza en funció de les inquietuds, competències pròpies i voluntats dels participants. Cada soci dóna a conèixer quines són les seves aptituds, coneixements o tasques que està disposat a fer per la comunitat, alhora que deixa constància de les seves pròpies necessitats. Així es crea una borsa d'ofertes i demandes que uns i altres poden consultar sempre que vulguin. Un cop el demandant ha trobat l'oferent s'hi posa en contacte i concreten la data i els detalls del servei. Si la tasca comporta despeses de material, aquestes, en principi, aniran a càrrec del demandant del servei. No obstant, si aquest no disposa de recursos, l'última paraula la tindrà l'oferent, podent arribar a un acord.

Els tipus d'intercanvi són molt variats, en funció de les necessitats i les ofertes de cadascú. Tothom té coses per oferir, tasques que sap fer molt bé i activitats que li donen plaer. I, evidentment, tothom té necessitats. Els intercanvis es poden agrupar en les següents categories: elaboració de peces d'art i artesanía, assessorament i orientació legal, ajuda en les compres, ajuda en la cuina, tallers d'aprenentatge, intercanvi d'aspectes culturals, cura d'animals, ensenyament, repàs, activitats d'animació i entreteniment, intercanvi lingüístic, informàtica i noves tecnologies, petites reformes de la llar i bricolatge, salut, cura de persones grans o amb mobilitat reduïda, serveis a la comunitat, entre d'altres.

El perfil de persona usuària del BdT és molt divers, ja que depèn fortament del context social i cultural on es troba implantat. Cada vegada més les estadístiques mostren un ampli ventall de perfils: joves, persones grans, ciutadans autòctons, persones immigrades, homes, dones, etc.

La moneda de canvi és l'hora, que va a parar al banc del temps. D'aquesta manera, les hores que hagi invertit un oferent les pot sol·licitar a canvi d'un altre servei per part de qualsevol altre soci. No importa quin sigui el tipus de servei o tasca, ni tampoc el grau d'expertesa requerit, el temps de cada participant es valora per igual. Un cop finalitzat el servei, el soci demandant haurà de "pagar" les hores, entrant al compte virtual de l'oferent, on també podrà opinar sobre el servei rebut. A partir d'aquí el saldo d'hores queda actualitzat. En altres funcionaments de banc del temps la transacció es fa mitjançant "xecs de temps", en què hi consta el nombre d'hores que ha durat el servei i que cal portar a la secretaria del banc perquè es faci l'actualització pertinent.

Els valors que pretén promoure el banc són:

- Integració social de persones amb aïllament o que disposen de pocs recursos.
- Foment de les relacions intergeneracionals i interculturals
- Foment de les relacions veïnals
- Foment de l'autoestima
- Coneixença, igualtat, confiança i cooperació
- Conciliació de la vida personal, familiar i laboral

El finançament del projecte, tant per a la seva posada en marxa com per garantir la seva continuïtat, és fonamental. D'aquí la importància del suport financer per part de les Administracions, Fundacions i Entitats bancàries, que hauran de mostrar-se sensibles a aquest model de voluntària on tothom té la mateixa consideració i el mateix valor.

El temps, el capital social i la reciprocitat com a valors dels Bancs del Temps

Una de les primeres reivindicacions obreres del segle XIX va ser la divisió del dia en tres parts de vuit hores, que havien de tenir una finalitat molt concreta: vuit hores per treballar, vuit per dedicar al temps lliure i vuit per descansar. Les vuit primeres compleixen la funció, a part de guanyar-se la vida, de contribució que l'individu realitza per a la societat. Les següents haurien d'anar destinades a allò que realment agrada a la persona (activitats lúdiques, formes de relació). La resta de temps es dediquen a descansar, tant físicament com psicològica.

Segons Sanz Santos (2013), la visió capitalista va canviar aquest sistema tan equilibrat: les vuit hores es varen anar ampliant, arribant fins a dotze, amb la consegüent reducció de les hores d'oci i de descans. Les poques hores que queden l'individu les dedica a la mirar la televisió, o a algun tipus de relacions socials associades al consumisme. Les relacions econòmiques de la societat capitalista es basen a pensar, de forma molt encertada, que el temps té un valor incalculable pel simple fet que no es pot recuperar. La forma que estableixen per compensar la seva pèrdua, però, és generalment la remuneració econòmica.

En els últims temps, però, les coses estan començant a canviar. Segons va apuntar Marcellesi (Sanz Santos, 2013) "treballar de forma remunerada sí, però les hores justes per a viure bé dins dels límits ecològics del planeta i de forma democràtica i solidària". Aquest autor parla d'una nova distribució del temps més justa i sostenible amb el medi ambient, treballant 21 hores a la setmana i podent dedicar així més temps a la reproducció i no tant a la producció. Es viuria amb menys, però es necessitaria menys, i es podria gaudir de molt més temps per fer aquelles activitats que un desitja, desvinculant-se del consumisme, i fomentant la participació social. En aquesta mateixa línia han aparegut els moviments *slow*,

que es replantegen la forma d'utilitzar el temps i impulsen una nova filosofia de vida basada en una manera més tranquil·la de gaudir-la, i promouen activitats en què el gaudi del temps és essencial, com la lectura, les passejades o la jardineria.

Aquest nou concepte de gaudi de temps ha vingut acompanyat del valor del capital social, que anuncia noves formes identificatives dels membres de la societat i suposa el ressorgiment de la moralitat en l'economia (Sanz Casas, 2002). En els últims anys el capital social ha adquirit una importància clau per explicar els èxits de les polítiques de desenvolupament econòmic però el més interessant, segons aquest autor, és que incorpora la idea de les relacions socials no econòmiques en la dinàmica del desenvolupament econòmic. El capital social es fa palès en iniciatives associatives i en xarxa, com els intercanvis, el voluntariat, les prestacions socials i, òbviament, en els bancs del temps. En tots ells intervé el concepte de reciprocitat.

La reciprocitat descriu les formes d'interrelació social que no estan guiades per la lògica dels mercats. Així, els intercanvis són una forma de reciprocitat en què les equivalències entre bens o serveis i allò que un rep a canvi no està definit prèviament. Trobem relacions recíproques en tots els àmbits, tant públics com privats, en les funcions domèstiques o educatives, entre d'altres. Les polítiques actuals dels països desenvolupats amb dificultats econòmiques per finançar els programes socials, amb grans transformacions demogràfiques, productives i culturals, tracten de fomentar relacions de reciprocitat sota el nom comú de la solidaritat.

Des dels bancs del temps es dona suport a aquest tipus de filosofia i s'organitzen activitats que van en aquesta línia per tal que els socis de l'organització puguin gaudir-les sense pressa. El repte seria, segons Josefina Altés, coordinadora del Projecte Banc del Temps, que al llarg dels propers anys els BdT esdevinguessin "illes de desacceleració" (Romaní, 2013).

Part de la filosofia d'aquests bancs (Sanz Santos, 2013) és trencar amb la idea de la uni-direccionalitat, tothom té habilitats i tothom pot aprendre o beneficiar-se dels altres, creant amb l'intercanvi un clima de bona relació comunitària.

El text publicat per la New Economics Foundation el 2001 és un clar manifest sobre la direcció social que han d'adoptar els sistemes polítics i econòmics actuals i aposta pel concepte del Banc del Temps com una nova forma d'entendre les relacions socials i comunitàries i com l'única via possible d'apoderar les persones perquè esdevinguin directores de les seves vides i ciutadanes reals de la societat en què viuen (The New Economics Foundation, 2001).

Precisament al Regne Unit és on es va implantar el projecte de banc del temps en el sector sanitari, demostrant que la participació social a través dels bancs del temps esdevé una bona eina per a les persones usuàries del NHS (National Health Service) (Garcia, 2002), afavorint la seva salut i reduint alhora el cost de mantenir-los sans. Els bancs del temps sanitaris, implantats en alguns serveis bàsics, posen en contacte professionals i pacients, i es proveeixen mútuament d'allò que necessiten, donant benestar emocional i reduint la medicalització.

2.4. CONEIXEMENTS SOBRE EL TEMA: ELS PROGRAMES DE PARTICIPACIÓ SOCIAL EN SALUT MENTAL

Hi ha multitud de marc legal i d'estudis científics que donen suport i posen l'accent en la rehabilitació basada en la participació comunitària a l'hora de promoure la salut i el benestar dels individus.

La primera Conferència Internacional (WHO, 1986) sobre la Promoció de la Salut reunida a Ottawa el 21 de novembre de 1986 va emetre el que es coneix per la Carta d'Ottawa, dirigida a assolir l'objectiu "Salut per a tots l'any 2000". Un dels punts que exposa el document és el Reforç de l'Acció Comunitària, atès que entén que la promoció de la salut radica en la participació efectiva i concreta de la comunitat en la fixació de prioritats, la presa de decisions i l'elaboració o posada en marxa d'estratègies saludables. Així, la Carta d'Ottawa posa un clar

èmfasi en el poder real de la comunitat a l'hora d'incidir en la salut de la ciutadania.

El 2002 la OMS, en col·laboració amb l'Associació Internacional d'Ajuda a Persones amb Discapacitat a Suècia, varen publicar un document on s'exposaven els beneficis de la Rehabilitació Basada en la Comunitat (RBC). En aquest mateix sentit s'han posicionat la Federació Mundial de Terapeutes Ocupacionals (World Federation of Occupational Therapists, 2004).

Tal com es recull en el "Model d'Atenció a les persones amb malaltia mental greu", del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Guinea, 2007), la situació actual a l'estat espanyol progressa en una direcció en la qual s'abandona l'exclusivitat del tractament hospitalari per una aproximació orientada a l'àmbit social-comunitari, buscant activament la integració social i normalització d'aquestes persones.

Paral·lelament a l'evolució dels marcs legals vigents, els estudis també han anat avançant en aquesta línia. Rachel Thibeault reflexiona sobre els beneficis de la RBC des de la seva experiència com a terapeuta ocupacional cooperant en diferents intervencions amb persones que presentaven un greu dèficit en la participació ocupacional (Thibeault, R. & Forget, 1997), (Thibeault, 2002).

Altres autors consideren que el tractament farmacològic del trastorn bipolar, tot i ser de gran ajuda, no és la solució definitiva (Becoña, E.; Lorenzo, M.C., 2001). A part, s'ha detectat una progressiva pèrdua d'eficàcia dels fàrmacs, causada per l'incompliment, l'educació del pacient i la comorbiditat del trastorn bipolar amb altres patologies, com el trastorn per abús de substàncies. És per aquesta raó que, sobretot durant l'última dècada, els tractaments psicològics i les intervencions psicosocials encarades al tractament dels pacients amb trastorn mental s'han anat obrint camí i avui dia es consideren imprescindibles per tal de millorar molts aspectes de la vida d'una persona que pateixi la malaltia. Les diferents intervencions s'han orientat bàsicament a incrementar l'adherència al règim de medicació, a disminuir els ingressos hospitalaris i les recaigudes i a

millorar la qualitat de vida dels pacients. Una de les teràpies psicosocials (Becoña, E.; Lorenzo, M.C., 2001) és l'anomenada Teràpia interpersonal i del ritme social, que se centra en dos aspectes bàsics: les relacions i interaccions interpersonals i establir cicles rítmics o rutines quotidianes basades en la hipòtesi de l'estabilitat del ritme social. Es dóna una gran importància a la regulació del cicle de son i vigília, per tal que incideixi positivament en l'estat emocional, a part d'identificar les relacions interpersonals problemàtiques que poden millorar l'aspecte social de la persona. La teràpia interpersonal ha estat beneficiosa sobretot per a la millora de la qualitat en les relacions socials de persones amb problemes de salut mental (Heerlein, 2002).

Cada vegada hi ha més investigadors que defensen la necessitat d'una intervenció en salut mental des de fora de l'àmbit institucional, amb la intenció d'assolir un tractament integral efectiu i eficient (Saiz, J.; Chévez, 2009). Aquests autors parlen d'*Acompanyament terapèutic* com un dispositiu que centra la seva intervenció en el vincle i la relació amb el pacient i la seva xarxa social personal, i també de "Tractament Assertiu Comunitari", model d'intervenció comunitària desenvolupat als anys 70 per Marx, Test i Stein sota la denominació de "Entrenament per a la vida en comunitat" i on es feia especial èmfasi en l'avaluació i l'adquisició de les habilitats necessàries per a la vida comunitària.

El tractament psicològic extensiu a l'entorn familiar és el tema que aborden alguns estudis (González-Pinto Arrillaga, A.M., Barbeito Resa, S., Vega Pérez, 2010), que afirmen que és altament eficaç per a la millora dels pacients que pateixen trastorn bipolar i també per als seus familiars. Així ho demostren en un assaig en què s'utilitza la psico-educació i el tractament familiar, en un tractament de 12 sessions per als pacients i de 8 per als familiars, en què s'intenta facilitar eines psicològiques per afrontar la malaltia. En aquesta mateixa línia, altres autors també es posicionen dins del model psicosocial per afirmar la importància de la família i de l'entorn social per a l'abordatge de la complexitat de les patologies de tipus mental (Hernández, 2013). Des d'aquesta perspectiva sembla totalment insuficient el tractament exclusivament mèdic. Segons aquest

article, la disciplina de Treball Social té una important tasca a fer en l'àmbit de l'acompanyament i participació comunitària en salut mental.

El banc del temps es postula com una nova forma d'intervenció comunitària (Sevilla Casasola, 2013), com una eina que pot contribuir a l'increment del suport social, a l'enfortiment psicològic i al benestar. Aquesta autora, en un estudi dut a terme durant cinc mesos amb un grup de persones seropositives i no seropositives residents a una casa d'acollida de Málaga, es va avaluar la incidència de la creació i participació en un banc del temps. L'autora va observar un augment del suport social entre participants, superior al suport de familiars i parelles, un fort apoderament i una continuïtat en el suport general en el bany del temps, alhora que es va aconseguir reduir l'estigma i augmentar la informació referent al VIH/Sida.

Amb l'objectiu de millorar la participació en la comunitat de persones amb trastorn mental greu hi ha estudis (Vilouta Pena, 2013) que han evidenciat una millora de la participació comunitària d'aquestes persones a través de la pràctica esportiva com a ocupació significativa, aconseguint amb la intervenció una disminució de l'estigma i millora de l'execució ocupacional. En aquesta mateixa línia altres estudis també recents (Pahwa et al., 2014) demostren que la integració comunitària és essencial a l'hora de plantejar una rehabilitació amb persones que presenten trastorn mental greu. Per a aquests autors, la integració comunitària implica participació física en la comunitat, sentit de pertinença i acceptació i integració social.

Cada vegada té més importància la consideració que la pròpia xarxa assistencial contribueix, en moltes ocasions, a la severitat del trastorn: falta d'assertivitat dels professionals, desinterès, escassa dotació financera o alta medicalització, unida a la falta d'atenció a necessitats fonamentals com la falta de suport social, la pèrdua de rols, la dependència familiar o els problemes d'inserció laboral, entre d'altres (López, 2006). Aquest estudi proposa incorporar diferents modalitats de tractament dins d'un projecte terapèutic global. Això passa per tenir en compte, a part de la intervenció farmacològica, l'acció psicològica, familiar i, sobretot,

comunitària, amb la finalitat de recuperació de la subjectivitat, la funció social i la qualitat de vida de les persones amb trastorn mental sever.

També s'han dut a terme estudis (Rodríguez, González, 2002) sobre la rehabilitació psicosocial i comunitària per a persones amb trastorn mental, on s'exposen els principals àmbits d'intervenció quan es treballa amb aquest col·lectiu: l'entrenament i recuperació de les habilitats i capacitats, el suport i assessorament a les famílies i la intervenció en el medi social i suport comunitari. Aquest últim punt es relaciona directament amb les necessitats proposades en aquest projecte, ja que es busca la participació a les xarxes socials i comunitàries, la integració social i l'ús dels recursos veïnals.

2.5. JUSTIFICACIÓ DEL MARC TEÒRIC DE REFERÈNCIA

El Marc de Justícia Ocupacional Participativa

El Marc de Justícia Ocupacional Participativa, MJOP (POJF en anglès) (Whiteford, G.; Townsend, 2005) està dissenyat per despertar consciència i diàleg crític i reflexiu entre els professionals que estan compromesos a fer justícia en la vida quotidiana. El concepte de justícia ocupacional (Wilcock, A.; Townsend, 2004) fa referència a la igualtat d'oportunitats, recursos, privilegis i drets per tal que totes les persones puguin participar de forma equitativa i segura en aquelles ocupacions significatives que desitgin, contribuint això a la millora del benestar i la salut. Així doncs, la justícia ocupacional és un fenomen amb dimensions individuals i comunitàries, ja que aquesta representa el suport social, necessari per a l'individu (Moruno Miralles, P.; Fdez Agudo, P., 2012).

Segons aquest marc de referència, per tal d'avançar en el desenvolupament de la justícia ocupacional cal:

- 1) Capacitar la persona (*enabling*) en un enfocament facilitador: utilització de mètodes participatius i orientats a l'apoderament. Teràpia centrada en el client. Els enfocaments *enabling* afavoreixen les relacions entre iguals, la qual cosa contribueix a construir una ciutadania activa i participativa.
- 2) Actuar des d'una visió equitativa, amb un compromís implícit cap a la justícia quotidiana. Des d'aquest punt es pretén facilitar canvis en l'entorn

per dotar d'oportunitats i drets ocupacionals. El punt de partida és l'escolta activa dels individus i grups.

- 3) Emfatitzar en la necessitat de dur a terme una reflexivitat crítica, és a dir, considerar críticament tots aquells constructes que tenim assumits, reconèixer les dissonàncies entre la filosofia, les teories de la teràpia ocupacional i la realitat de la pràctica quotidiana.

Alguns autors (Wolf, 2010) consideren el treball de la TO en el marc del POJF:

- La pràctica de la teràpia ocupacional és de col·laboració i participativa, amb visions de possibilitat.
- El seu objectiu és facilitar la inclusió social de les comunitats i poblacions oprimides i en desavantatge.
- Els mètodes són a través de la participació en ocupacions significatives.
- La TO posa èmfasi en el canvi social, en el canvi individual i en la transformació de l'entorn per crear oportunitats i recursos equitatius, així com per apoderar la persona. Això cal fer-ho el procés de despertar consciències, sensibilitzar.
- Els TO treballen en equip.

El Model d'Ocupació Humana

A part del MJOP, que ens convida a fer una reflexió sobre les desigualtats en la participació social, aquest treball s'emmarca en els preceptes del Model d'Ocupació Humana, MOHO, (Kielhofner, G.; Burke, 1980), que postula que l'activitat humana és necessària per a la vida. Segons aquest model, l'activitat és un acte espontani i intrínsec de l'ésser humà de forma que la seva manca contribueix a un malestar i a la patologia. Des d'aquest punt de vista la TO ha de proporcionar i/o facilitar un canvi en la vida del pacient per tal que aquest pugui adaptar-se a les seves circumstàncies personals i contextuais, mitjançant l'ocupació significativa. El MOHO se centra en 2 pilars bàsics: la persona i l'entorn. Alhora, cadascun d'ells se subdivideix en subsistemes.

Dins dels aspectes que fan referència a la persona:

- La motivació de la persona (volició). Els motius que porten un individu a realitzar una ocupació o una altra, o els que contribueixen al seu abandonament són aspectes essencials que un terapeuta ha de conèixer per poder realitzar una intervenció efectiva.
- Habitació: proporciona una organització interna a través dels hàbits i dels rols que duu a terme la persona.
- L'execució: diferents capacitats i habilitats de l'ésser humà que faciliten o dificulten la realització de l'activitat.

Dins de l'entorn:

- Físic: objectes, espais
- Social: persones, grups socials
- Cultural: tradicions, normes, estàndards de qualitat

A partir d'aquí el model proposa diferents nivells de funcionalitat ocupacional de la persona en una taxonomia ascendent:

- 1) Exploració: primer nivell. La persona busca l'activitat significativa. En aquesta fase no cal tenir destreses d'execució.
- 2) Competència: realitza l'activitat de forma adequada, superant les seves circumstàncies personals, contextuals i les demandes de l'activitat.
- 3) Consecució: La persona s'atreveix a fer canvis per millorar l'execució.

De la mateixa manera hi ha una taxonomia de disfunció ocupacional:

- 1) Incapacitat o dependència
- 2) Incompetència
- 3) Ineficàcia

El Model Centrat en la persona

L'atenció centrada en la persona (ACP) de la qual deriva el Model Centrat en la Persona (MCP) és aquella que, a l'hora de planificar serveis o programes dirigits a persones amb necessitat de suport, contempla de forma holística tots els àmbits que ens constitueixen com a persones: els relacionats amb el cos

(biomèdics), els que tenen a veure amb el nostre funcionament psicològic (aspectes cognitius, de comportament i de personalitat), els que afecten el camp social (rol a cada etapa de la vida, participació) i els que fan referència a l'entorn mediambiental en què ens desenvolupem (habitatge, barri, lloc de treball, llocs d'interacció, la natura) (Rodríguez, 2013).

Així doncs la persona és el referent i motor del procés d'atenció. Les intervencions no es plantegen des de dalt, sinó que el pla de suport s'elabora amb la participació activa de la persona afavorint la major independència possible en les AVD i la preservació i estimulació de la seva autonomia moral per tal que pugui capacitar-se per prendre les seves pròpies decisions i mantenir el control de la seva vida.

Els principis rectors de l'atenció centrada en la persona són:

- P. d'autonomia: dret a actuar amb llibertat i mantenir el control de la seva vida.
- P. d'individualitat: totes les persones tenen els mateixos drets i cada individu és únic i diferent.
- P. d'independència: tot i que puguin necessitar suport, totes les persones tenen capacitats que han de ser identificades, reconegudes i potenciades.
- P. d'integració: la persona és un ésser multidimensional i aquestes dimensions són canviants al llarg de la vida.
- P. de participació: Les persones amb discapacitat i/o dependència tenen dret a participar a la seva comunitat, a gaudir de les interaccions socials per assolir una vida social plena i lliurement escollida.
- P. d'inclusió social: Les persones que requereixen suport són membres actius de la comunitat, amb els mateixos drets que la resta.
- P. de continuïtat de l'atenció: aquelles persones en situació de fragilitat i/o dependència han de tenir accés als recursos necessaris de forma continuada, coordinada i adaptada a les circumstàncies del seu procés.

El màxim exponent i responsable d'assentar les bases de la teràpia basada en el client fou Carl Rogers, que va proposar un enfocament psicoterapèutic partint de la premissa que ningú té més coneixement d'un mateix que la pròpia persona i

que també és aquesta qui té les claus necessàries per comprendre's i auto-dirigir la seva vida realitzant els canvis necessaris (Rogers, 1981). En aquest model, el rol del terapeuta ocupacional és proporcionar un clima favorable i proporcionar acompanyament, facilitant i orientant en l'adopció de les estratègies per tal de provocar el canvi. S'allunya, doncs, del paper directiu del professional.

La filosofia Humanista

Els marcs i models que s'han referenciat tenen el seu origen en la filosofia humanista, que s'inicia a la primera meitat del segle XX, presentant-se com un model que supera els clàssics enfocaments del psicoanàlisi i del conductisme. La clau d'aquesta tendència és l'èmfasi en la potencialitat de l'ésser humà i les seves característiques que el fan únic (decisió, creativitat, autorealització). Com sabem, en aquest moviment trobem figures tan rellevants com Maslow, que va formalitzar i donar sentit al concepte de l'autorealització, com a valor superior de la piràmide de necessitats humanes.

Hi ha altres autors, però, que em semblen també indispensables a l'hora de fonamentar aquest treball. Segons alguns (Cortina, 1997) la riquesa de les nacions depèn no només de la qualificació dels seus recursos humans sinó també de la seva capacitat d'efectivitat social, del cultiu de valors indispensables per assolir la convivència ciutadana. En moltes de les seves publicacions Adela Cortina parla abastament del concepte de ciutadania activa com a necessitat de l'individu i com a motor de país.

Per altra banda, la indissoluble relació que existeix entre la idea de pertinença i la de participació fa que no es pugui concebre sentir-se part de la comunitat sense participar-hi de forma activa (Martínez de Pisón, J; García Inda, 2003). Segons aquest autor, a més, la identitat és el resultat de la participació social. D'aquí que totes les societats hagin institucionalitzat formes diverses de participació dels ciutadans en la vida social, política, econòmica i cultural a través de vies diverses, com la família, l'empresa, o l'Estat.

Bordieu, l'any 1992, (Gambarotta, 2014) ens convida a reflexionar críticament sobre la influència que té el culturalisme i l'estructuració social en la nostra conducta i en els prejudicis. La Teoria de la Reflexivitat Crítica comina a qüestionar-se tots els conceptes per poder *fer net* d'idees preconcebudes i afavorir el respecte i la tolerància cap a l'altre.

2.6. JUSTIFICACIÓ DEL TREBALL

La participació ciutadana en una activitat socialment valorada és vista per a molts autors com una necessitat individual amb repercussions beneficioses immediates, tant per a la persona com per a la comunitat a la qual s'involucra, a nivell de benestar emocional. Les persones diagnosticades d'algun tipus de trastorn mental i, concretament, les persones amb trastorn bipolar, poden veure seriosament afectada la seva participació comunitària com a conseqüència, no només de les limitacions associades directament a la patologia, sinó també de la resposta estigmatitzadora i poc facilitadora de la societat envers a aquest tipus de col·lectius.

Per altra banda, el banc del temps s'ha anat instaurant en moltes zones del planeta com una fórmula enginyosa, eficaç i sostenible per fomentar la integració i la participació social comunitària. A casa nostra, a Catalunya, el teixit comunitari hi té les bases ben assentades i hi tenim nombroses experiències exitoses a través d'aquesta fórmula d'intercanvi.

A la ciutat de Girona els bancs del temps són associacions de barri, que tenen el suport del municipi on es troben adscrits i que generen un gran volum d'ofertes i demandes, amb la qual cosa la interacció i la participació veïnal està garantida. Ser membre d'aquestes associacions és senzill, no cal ser del barri en qüestió i la porta és oberta a tothom. Només cal voler compartir les pròpies capacitats i habilitats. I d'això tothom en té.

La idea del projecte va sorgir quan, després de buscar informació a l'Associació Catalana de Persones amb Trastorn Bipolar (ACPTB) de Girona, actualment ABIGirona, vaig adonar-me que no hi havia cap usuari que conegués la pràctica

dels Bancs del Temps. A partir d'aquí s'edifica una proposta d'intervenció, mitjançant el disseny d'un programa per a la millora del benestar emocional a través de la participació en el Banc del Temps.

3. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

Es planteja el treball des d'una metodologia qualitativa.

Els objectius principals de l'estudi són:

- Identificar els canvis a nivell d'interacció comunitària dels usuaris de l'associació ABIGirona arran de la participació en el Banc del Temps.
- Analitzar la percepció del benestar emocional, arran de l'experiència viscuda.

Els objectius específics són:

- Conèixer els interessos significatius de la persona
- Identificar les capacitats i les fortaleeses de la persona
- Conèixer l'evolució de l'estat emocional de la persona
- Facilitar eines per a l'auto-capacitació
- Explicar l'experiència subjectiva de la persona
- Potenciar la integració social
- Fomentar la cooperació entre l'ABIGirona i el Banc del Temps

4. METODOLOGIA

4.1. ÀMBIT D'ESTUDI

Amb la mirada posada en l'assoliment dels objectius plantejats en el punt 3 d'aquest document, la intervenció que es planteja parteix de la col·laboració entre els associats de l'associació ABIGirona i el Banc del Temps de la mateixa ciutat.

ABIGirona és una organització sense afany de lucre que té com a finalitat última la de *“promoure tota classe d'accions i informacions destinades a la millora de les persones afectades per les diverses formes del trastorn bipolar, així com la dels seus familiars i entorn més proper”* (extret dels estatus vigents de l'associació).

Va néixer com un Grup d'Ajuda Mútua (GAM) que més tard va derivar en la forma jurídica actual d'associació. La fundació d'aquesta organització va ser possible gràcies a la iniciativa d'una persona afectada de trastorn bipolar que, l'any 1990 i basant-se en els models anglosaxons del moment, va engegar el projecte. El 1993 es varen signar els estatuts amb l'acta fundacional, amb el compromís del Dr. Vieta, psiquiatre de l'Hospital Clínic de Barcelona i figura destacada en la matèria. L'any 1994 l'associació es va donar a conèixer i a partir d'aquell moment van aparèixer els primers socis i col·laboradors.

Els objectius que persegueix l'entitat, extrets de la seva carta fundacional, són:

1. Promoure l'agrupació de pacients afectats de trastorn bipolar que viuen a les comarques de Girona per tal de poder treballar de forma coordinada en les possibles solucions.
2. Facilitar informació sobre la malaltia a les persones afectades i al seu entorn proper: causes, simptomatologia, evolució i tractament, amb especial èmfasi en el correcte seguiment farmacològic i en la identificació precoç dels símptomes de recaiguda (síntomes prodròmics)
3. Propiciar l'acceptació de la malaltia facilitant informació, experiència i suport psicològic i humanitari.
4. Potenciar els canals d'informació per a tots els socis amb la finalitat de propiciar la integració social en tots els àmbits: família, ensenyament, formació, relacions laborals, participació social.
5. Facilitar informació sobre els mitjans d'actuació en supòsits d'urgència.
6. Contribuir que es portin a terme per part de l'administració mesures per a la millora de la prevenció, tractament i inserció social i laboral de les persones afectades.
7. Sensibilitzar l'opinió pública sobre les dificultats que genera el trastorn, així com el seu tractament i prevenció, lluitant contra els prejudicis i l'estigma social.
8. Denunciar les situacions de discriminació de les persones afectades de trastorn bipolar. Posada en marxa d'accions específiques per al d'assolir la igualtat d'oportunitats de les dones afectades.

9. Estimular la posta en marxa d'investigacions i estudis que puguin generar una millora de la qualitat de vida de les persones afectades.
10. Col·laborar amb les institucions i entitats de caràcter sanitari i científic, nacionals o internacionals que permetin aconseguir avenços pel tractament i el diagnòstic de la patologia.
11. Promoure vincles amb entitats de caràcter sanitari o social que tinguin una finalitat comuna o que puguin resultar beneficioses pel compliment de la missió de l'associació.

Els objectius principals i específics del present TFG, es troben en sintonia amb els que figuren als punts 4, 7, 9, 10 i 11 de l'associació, focalitzats en la inserció social, la sensibilització pública de la malaltia i en els vincles amb entitats socials per estimular la participació comunitària.

4.2. DISSENY DE L'ESTUDI

El treball s'ha plantejat des d'una perspectiva de disseny qualitatiu, atès que els objectius se centren en la captació i reconstrucció de significat subjectiu. L'estudi se centra a intentar comprendre les persones, el context i les relacions entre ells des d'un marc holístic, estudiant els fenòmens d'acord amb el significat que tenen per a les persones implicades. Això requereix una obtenció de dades referents a l'experiència personal, recollides a través de narracions i entrevistes. El tipus de mètode que s'utilitzarà en l'estudi qualitatiu és el mètode fenomenològic, que permet conèixer la interpretació que els individus donen a la seva pròpia vivència, permetent així donar-li un lloc que pugui afavorir el canvi.

Dins de la investigació qualitativa podem trobar diverses tècniques. En aquest treball en concret, per dur a terme la recopilació de dades s'usaran les tècniques:

- Entrevista semiestructurada
- Qüestionaris auto-completables
- Llistat d'interessos
- Observació participant en les sessions grupals de seguiment

4.3. POBLACIÓ I MOSTRA DE PARTICIPANTS

La investigació qualitativa posa èmfasi en la “validesa” i no a la “representativitat”, per a la qual cosa totes les perspectives són vàlides. Per això no és pertinent en aquest cas un càlcul mostral, sinó que el que es busca és la “saturació” de la informació obtinguda. Tot el que es pugui obtenir de la informació facilitada per les persones de l'estudi aportarà una visió diferent i necessària que ajudarà a tenir una perspectiva més àmplia de la situació.

En aquest sentit s'ha considerat que el nombre d'usuaris de l'associació és una mostra suficient per obtenir un ampli ventall de percepcions. Així doncs, la població sobre la qual es posarà el focus és el grup d'usuaris d'ABIGirona, unes 15 persones en total.

Les persones que formen part de l'associació representen un ampli ventall de la població general adulta. Les edats es troben entre 20 i 80 i no hi ha diferències significatives entre gènere. El lloc de residència queda acotat a les comarques de Girona i hi ha variabilitat en termes de formació acadèmica, nivell socioeconòmic i cultural.

4.4. CRITERIS D'INCLUSIÓ-EXCLUSIÓ

Els criteris d'inclusió-exclusió són:

INCLUSIÓ	EXCLUSIÓ
Tenir diagnòstic de trastorn bipolar	No tenir diagnòstic de trastorn bipolar
Seguir la pauta mèdica/farmacològica	No seguir la pauta mèdica/farmacològica
Ser soci d'ABIGirona	No ser soci d'ABIGirona
Presentar estabilitat de la malaltia	Estar en un període de crisi
Tenir capacitat cognitiva i mental de comprensió del programa	Diagnòstic de demència o afectacions mentals que dificultin la comprensió
Participar lliurement i voluntària	Manifestar desig de no participar

Els criteris d'INCLUSIÓ s'han de complir tots per poder ser candidat a participar en el programa/estudi. Presentar un sol criteri d'EXCLUSIÓ ja no permet formar part de la mostra.

- ✓ Tenir diagnòstic de trastorn bipolar és essencial, ja que el programa pretén avaluar els possibles beneficis a nivell social d'aquest col·lectiu quan s'implica en el recurs comunitari del Banc del Temps.
- ✓ Seguir la pauta mèdica/farmacològica, igual que presentar estabilitat de la malaltia, són dos aspectes importants a l'hora d'intentar minimitzar els biaixos en els resultats de la intervenció. Tot i així, com que les persones afectades del trastorn poden ser més propensos a presentar dificultats emocionals i de gestió tot i seguir la pertinent pauta mèdica, el programa ja preveu un apartat de facilitació d'eines per fer front a aquestes dificultats.
- ✓ La intervenció s'ha focalitzat en l'associació d'ABIGirona. Aquesta premissa serveix per acotar la mostra i poder-la vincular a una entitat concreta, de forma que en un estudi posterior es puguin comparar resultats amb una mostra diferent.
- ✓ La comprensió dels objectius del programa, així com tenir la capacitat de participar en el Banc del Temps (saber inscriure's, saber fer i donar resposta a les demandes d'altres usuaris, expressar les capacitats i les mancances) són uns dels requisits poder dur a terme la intervenció.
- ✓ La participació lliure és la condició ètica *sine qua non* que garanteix un augment de la motivació i contribueix al seguiment amb èxit del programa.

4.5. INTERVENCIÓ

La intervenció que es proposa en aquest treball és el disseny d'un programa destinat als usuaris de l'associació que els vinculi amb el Banc del Temps de la ciutat de Girona. Les fases de què consta la intervenció són:

FASE 1: Informació a l'associació i als associats

1. Reunió junta directiva ABIGirona. Es preveu fer una reunió amb els responsables de l'associació per tal de plantejar la proposta d'intervenció. En aquesta primera trobada es presentarà l'equip investigador, es parlarà dels

objectius, dels beneficis previstos, de les eines de capacitació per compensar les dificultats, de la implicació de l'associació i també es resoldran tots els dubtes que presenti la junta.

2. Convocatòria dels socis per fer una reunió plenària i exposar el projecte. En aquesta reunió es parlarà del banc del temps, dels requisits per poder formar part del programa i també s'animarà les persones a participar. S'explicarà el programa sencer, amb fases i cronograma i es resoldran tots els dubtes que puguin sortir.
3. Amb les persones interessades es pactarà un dia per poder fer les avaluacions inicials.

FASE 2: Avaluació inicial

QUÈ S'AVALUA	EINA D'AVALUACIÓ
Nivell d'implicació i adhesió al programa	Qüestionari inicial
Nivell d'interacció comunitària	
Interessos personals	Llistat d'Interessos del MOHO
Capacitats i fortaleeses personals	Entrevista semi-estructurada
Percepció de benestar emocional	

FASE 3: Anàlisi de les avaluacions inicials

Un cop recollides les dades es farà una anàlisi de tota la documentació per poder plantejar el disseny de la intervenció.

FASE 4: Disseny de la intervenció en funció de l'avaluació

1. Sessió informativa del funcionament del Banc del Temps. Amb el grup que ja serà la mostra definitiva i un cop fetes les avaluacions es farà una sessió per explicar exactament com funciona el recurs del BdT i resoldre dubtes.
2. En aquesta mateixa sessió es farà l'auto-detecció de capacitats, habilitats i preferències per poder fer la inscripció a la base de dades del recurs i oferir-se com a usuari. Treball individual i personalitzat, però en un context grupal.

3. Inscripció a la base de dades d'usuaris del BdT. Suport durant el procés d'inscripció, resolució de dubtes.
4. Seguiment de la participació en el BdT. Un cop feta la inscripció es preveu fer una reunió del grup cada 2 mesos per treballar les necessitats detectades en les avaluacions inicials i les que vagin sortint, alhora que permet fer un seguiment de la participació en el programa. Així, les avaluacions de seguiment es fan a través de l'observació en les següents sessions:
 - Sessió grupal 1 per parlar de com s'ha iniciat l'experiència, resolució de dubtes, propostes, percepcions.
 - Sessió grupal 2, de planificació i gestió del temps.
 - Sessió grupal 3, per treballar la gestió emocional (estrès, perseverança, frustració). Prevenció i quan demanar ajuda.
 - Sessió grupal 4, sobre les habilitats socials.
 - Sessió grupal 5, autoestima i auto-estigma.
 - Sessió grupal 6, recollida de percepcions i valoració de grup.

FASE 5: Implantació de la intervenció, segons el disseny

FASE 6: Avaluació final

QUÈ S'AVALUA	EINA D'AVALUACIÓ
Nivell d'interacció comunitària	Qüestionari final
Interessos personals	Llistat d'Interessos del MOHO
Percepció de benestar emocional	Entrevista semi-estructurada
Valoració final en grup	Xerrada

FASE 7: Divulgació a través de xerrades a la comunitat

La intervenció es preveu dur a terme segons el cronograma que segueix:

FASES INTERVENCIÓ		MESOS															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1.1	Reunió Junta	■															
1.2, 1.3	Reunió plenària	■															
2	Avaluacions inicials		■	■													
3	Anàlisi		■	■	■												
4.1-4.3	BdT. Inscripcions				■												
4.4	Sessió grupal 1				■		■										
	Sessió grupal 2					■		■									
	Sessió grupal 3						■		■								
	Sessió grupal 4							■		■							
	Sessió grupal 5								■		■						
	Sessió grupal 6									■		■					
6	Avaluacions finals										■	■	■				
	Valoració en grup												■				
	Valoració equip	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7	Xerrades/divulgació															■	■

4.6. VARIABLES DE MESURA

Dimensions i categories de les entrevistes

S'analitzaran les entrevistes i els qüestionaris des d'una perspectiva qualitativa, destacant aquells temes que es repeteixen en els diferents discursos i també aquells que no són comuns, per abordar el màxim de dimensions. Caldrà tenir en compte també aquells aspectes no contemplats però que puguin ser interessants de cares a plantejar noves intervencions.

Les dimensions que es preveuen detectar durant la recollida d'informació són:

Benestar emocional:

- ✓ Autoestima
- ✓ Estat d'ànim
- ✓ Estabilitat, equilibri
- ✓ Qualitat de vida

Relacions amb l'entorn:

- ✓ Familiars i amistats
- ✓ Interessos
- ✓ Participació en activitats d'oci i lleure
- ✓ Relacions laborals

Habilitats i destreses:

- ✓ Capacitats
- ✓ Limitacions
- ✓ Necessitats

4.7. ANÀLISI DELS REGISTRES

Recollida d'informació: es durà a terme mitjançant:

- L'auto-compleció de qüestionari, amb l'ajuda del professional
- Auto-compleció d'escala de valoració d'Interessos
- Entrevista semiestructurada, amb suport de gravació de veu

Registre de la informació: es durà a terme mitjançant:

- Programa d'organització d'informació per a estudis qualitatius: Atlas Ti, NVivo, mitjançant els quals es fa rellevància dels temes destacats (dimensions i categories) expressats, per poder-ne fer una anàlisi acurada.
- Base de dades amb els resultats dels qüestionaris auto-completats.

Anàlisi de la informació:

- Escolta i transcripció de les entrevistes semiestructurades
- Anàlisi de la informació amb l'ajuda del programa d'anàlisi qualitativa.
- Fer operativa la informació obtinguda: disseny de la intervenció, anàlisi dels resultats i del grau de compliment dels objectius proposats.

4.8. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Dificultats que poden aparèixer i com poden alterar els resultats

- a) Baixes en la població mostral o inestabilitat en el seguiment del programa per motius relacionats amb la pròpia malaltia (perseverança, gestió de l'estrès). Això comportaria una falta de validesa, ja que l'estudi no contemplaria totes les perspectives possibles, per la pèrdua d'informació.
- b) Població d'estudi insuficient per assolir la saturació de dades. Igual que l'anterior.
- c) Manca de voluntat de col·laboració o de motivació. Això generaria unes dades esbiaixades a causa de l'estat d'ànim alterat.

Estratègies de minimització d'aquests problemes

- a) Per mirar de minimitzar les baixes es preveu la realització d'intervencions a nivell individual i grupal, com les sessions de perseverança i gestió de la frustració. Es considera que la formació i informació en termes d'adhesió a la medicació i seguiment de pautes saludables ja les ofereix la pròpia associació.
- b) Es preveu aquesta dificultat amb la confecció d'una entrevista completa i extensa que obri la porta i doni l'oportunitat d'abordar molts temes. En tot cas, aquesta incidència es tindrà en compte en posteriors estudis.
- c) És essencial tenir molt en compte els interessos reals i significatius de la persona per tal de mantenir al màxim la motivació cap al projecte.

4.9. ASPECTES ÈTICS

Segons la Llei 14/2007 de 3 de juliol, d'investigació biomèdica, la recerca científica ha de vetllar pels drets dels pacients i posa l'èmfasi en tres pilars essencials: el consell genètic, el consentiment i el control ètic. Tot i que el present treball no representa un procediment invasiu per a la persona, cal també tenir en compte els aspectes en termes de drets dels pacients:

- Dret a la informació i al consentiment informat
- Dret a la protecció de dades i confidencialitat
- Valoració del risc/benefici
- Consentiment per part d'un Comitè d'Ètica

Dret a la informació

Les persones a les quals se sol·liciti la seva participació hauran de rebre prèviament la informació necessària i degudament documentada dels aspectes de l'estudi. La informació es facilitarà en les condicions necessàries per tal que sigui accessible a totes les persones segons les seves necessitats i cal assegurar-se que és compresa correctament.

La informació inclourà el propòsit, el pla detallat, les molèsties i els possibles riscos i beneficis de la investigació. Igualment es descriurà com s'obtindrà un consentiment informat a fi de garantir la llibertat individual i s'informarà sobre els drets prescrits a la llei per a la seva protecció, així com el dret a no signar el consentiment informat o a revocar-lo en qualsevol moment. Finalment es garantirà que l'estudi està dissenyat d'acord amb la legislació vigent i s'indicarà de quina manera l'usuari pot formular les seves queixes o suggeriments.

Consentiment informat lliure. Comprovació que han entès els documents signats

Un cop facilitada la informació i respost a tots els dubtes dels participants, la persona podrà donar el seu vist-i-plau a la participació lliure al programa, mitjançant la signatura del consentiment informat escrit. La falta de consentiment o la revocació del consentiment prèviament atorgat no suposarà cap perjudici per a la persona. Si la persona es troba legalment incapacitada (protegida), el consentiment es donarà per representació legal, sempre que es valori que la participació al programa no representa cap perjudici per a la seva salut.

Protecció de dades personals i garanties de confidencialitat

Es garantirà la protecció de la intimitat personal i el tractament confidencial de les dades personal que resultin de l'activitat de la investigació, conforme a allò que estableix la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. La cessió de dades de caràcter personal a tercers aliens a l'actuació investigadora requerirà el consentiment exprés i escrit de l'interessat. Així mateix, no es poden utilitzar les dades amb finalitats diferents per a les quals s'ha donat consentiment.

Valoració de la relació risc/benefici en les intervencions i com es durà a terme el seguiment per reduir el risc

L'anàlisi del programa i del procés d'intervenció revela una relació risc/benefici mínima. S'estima que els perjudicis generats per la vinculació en el BdT poden estar relacionats amb la falta d'habilitats socials a l'hora de dur a terme un servei o amb la deficient gestió del temps, fet que pot desembocar a una percepció de frustració, seguida d'una dificultat per gestionar-la adequadament.

Els beneficis d'aquesta participació comunitària, però, poden compensar sobradament els perjudicis. Tal com ja s'ha justificat, una vinculació social satisfactòria contribueix en gran mesura al benestar emocional, a l'apoderament i la capacitació, a l'augment de l'autoestima personal i a la millora significativa de la percepció de qualitat de vida.

No obstant, tenint en compte els possibles riscos, s'ha plantejat dins del programa de seguiment terapèutic:

- Sessions de planificació i gestió del temps.
- Sessions de gestió de la frustració. Prevenció. Quan demanar ajuda.
- Sessions de perseverança per dur a terme les tasques
- Taller de millora de les habilitats socials
- Xerrades sobre autoestima i auto-estigma

Consentiment per part d'un comitè d'ètica abans de ser aprovat

Tot i que no es tracta d'un estudi d'investigació biomèdica, és recomanable que l'estudi estigui avalat per un comitè d'ètica, abans de ser posat en marxa. Els comitès d'ètica són òrgans independents i imparcials, formats per un equip interdisciplinari i que tenen les funcions següents:

- Avaluar la qualificació de l'investigador principal i de l'equip de recerca, així com la factibilitat del projecte.
- Ponderar els aspectes metodològics, ètics i legals del projecte d'investigació.
- Ponderar el balanç de riscos i beneficis de l'estudi
- Vetllar pel compliment dels procediments utilitzats

- Informar, prèvia avaluació del projecte, a l'equip investigador.
- Desenvolupar codis de bones pràctiques
- Vetllar per la confidencialitat
- Abstenir-se de formar part en les deliberacions i votacions que tinguin un interès directe o indirecte en l'assumpte examinat.

5. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

Beneficis que aportarà la implantació del programa

Els beneficis que es preveuen observar a la finalització de la implantació estan relacionats amb els objectius que es proposa el propi estudi.

A nivell individual, dels participants en el programa, els beneficis previstos són:

- Increment de les oportunitats de relació amb la comunitat.
- Augment del ventall d'interessos relacionats amb participació social.
- Millora de la interacció social comunitària
- Adquisició d'habilitats i capacitats (gestió del temps, gestió de la frustració, habilitats socials, perseverança, saber demanar ajuda)
- Millora de l'autoestima
- Millora del benestar emocional i la qualitat de vida

A nivell de l'associació ABIGirona, els beneficis previstos són:

- Coneixement de nous interessos dels socis, capacitats i fortaleces
- Foment de la cooperació entre l'associació i el BdT
- Xerrades de divulgació

A nivell comunitari, dels usuaris del BdT, els beneficis previstos són:

- Canvi de mirada cap a les persones afectades amb aquest trastorn
- Facilitació de la integració social
- Interacció amb persones i interessos diferents

Què aportarà de nou

Tot i que hi ha força bibliografia i literatura que parla dels nombrosos beneficis de la participació comunitària, tant en la població general com en persones amb algun tipus de disfunció ocupacional, no s'han trobat estudis ni implantacions

específiques que relacionin les necessitats de persones afectades de trastorn mental (concretament trastorn bipolar) amb els beneficis relacionals que ofereix el banc del temps. Algun dels documents trobats (Sevilla Casasola, 2013) parla d'una intervenció que utilitza el banc del temps com a eina de socialització i suport social per a persones amb VIH/sida.

Tenint en compte el que s'ha fet fins ara i recollint els beneficis de la participació social amb diferents tipus de col·lectius, s'ha volgut plantejar la utilitat relacional del Banc del Temps com a eina terapèutica per a persones afectades de trastorn bipolar.

Els resultats obtinguts es preveuen molt positius i podran donar assentar les bases per a noves cooperacions entre entitats socials de la mateixa ciutat, amb la finalitat, no només de contribuir al benestar personal dels participants, sinó també a potenciar la normalització i la inclusió social dels col·lectius més desafavorits.

Quin serà l'impacte sobre la salut de les persones

El benestar emocional generat a conseqüència d'un increment i millora de la participació social es fa palès en una sèrie de comportaments, observacions i expressions de la persona:

- Més alegria, benestar
- Percepció de pau, gratitud existencial
- Il·lusió per interactuar amb els altres, entusiasme
- Augment de les relacions socials
- Disminució de l'estrès, l'angoixa, l'ansietat
- Disminució de la tristesa
- Disminució de l'enuig
- Benestar físic, reducció del dolor
- Expressió emocional: somriures, contacte físic
- Descans de més qualitat
- Millora de les habilitats socials
- Augment de la perseverança i la constància

Aquestes millores poden impactar directament en totes les àrees ocupacionals de la persona:

- ✓ Àrea de l'auto-manteniment: més iniciativa per tenir cura d'un mateix, il·lusió pel benestar propi i dels altres, estat d'ànim més adaptatiu a l'hora de dur a terme les activitats de la vida diària, equilibri del son i la vigília, autoestima, autoimatge.
- ✓ Àrea de la productivitat: més capacitat en la resolució de conflictes laborals o d'estudi, reducció de l'angoixa i l'estrès, millora en la planificació de les tasques, perseverança i constància per resoldre els problemes.
- ✓ Àrea de l'oci: augment del ventall d'activitats d'oci i lleure, augment de la xarxa social, millora de l'autoestima, reducció de l'auto-estigma, augment del gaudi, habilitats socials, relacions satisfactòries.

Com pot millorar l'organització de serveis oferts als pacients

Des de l'ABIGirona es poden utilitzar els resultats obtinguts de la implantació del programa com a eina per plantejar nous recursos i noves activitats per donar cobertura a les necessitats i preferències dels associats. Així, l'evolució en el llistat d'interessos, per exemple, pot donar idea de com s'han anat transformant els desitjos de les persones i com cal anar modificant els objectius individuals.

6. BIBLIOGRAFIA

Bases de dades bibliogràfiques

Els recursos que s'han utilitzat per a dur a terme la cerca bibliogràfica han estat, bàsicament, bases de dades i portals mèdics. El portal d'obtenció principal de dades ha estat el PubMed, amb les seves bases de dades NLM Catalog o Mesh, el portal Scielo o el Google Scholar, entre d'altres, de les quals s'han extret els articles que parlen dels beneficis vinculats a la participació social de les persones amb dificultats emocionals i cognitives. També s'ha provat de fer un re-cribratge substituint les paraules clau. Per buscar informació fidedigna sobre la malaltia i també sobre les teràpies psicosocials s'han considerat articles del portal de cerca del MedlinePlus.

Estratègia de cerca i descriptors:

Les estratègies de cerca han estat:

- “mental disease”
- “mental disorder”
- “mental illness”
- “social support”
- “self concept”
- “social participation”
- “mental health” AND “social participation”
- “bipolar disorder treatment”
- “bipolar disorder” AND “social participation”

A partir d'aquí activem alguns filtres, com:

- ✓ Tipus d'article: Clinical Trial, Journal Article
- ✓ Text Availability: Free Full Text Available
- ✓ Publication Dates: 5 years
- ✓ Ages: Adult: 19+years

Operadors booleans

Per fer la cerca tan sols s'ha utilitzat un operador booleà, la partícula AND, per restringir la cerca i assegurar la relació entre els conceptes buscats.

Verificació de la cerca

Ús de sinònims per poder abraçar el màxim d'articles que parlen del mateix tema. Així, per exemple, per localitzar lectures que parlen genèricament de malaltia mental s'han utilitzat els descriptors “mental disease”, “mental illness”, “mental disorder” i “mental health”. A partir d'aquí es fa una lectura dels articles per descartar els que no tracten el tema directament o bé que poden resultar excessivament reiteratius.

Localització dels punts d'informació

Base de dades PubMed, NLMCatalog, Mesh, MedlinePlus, Scielo, Dialnet, Base de dades de la Universitat de Vic.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA I REFERENCIADA

- Barrón, A., Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. Recuperat 17 setembre 2015, de <http://www.psicothema.com/pdf/408.pdf>
- Becoña, E.; Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Recuperat 19 octubre 2015, de <http://www.psicothema.com/pdf/472.pdf>
- Cortés Izquierdo, F. (2005). Trabajo comunitario, organización y desarrollo social. *Alianza Editorial*.
- Cortina, A. (1997). *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*. Editorial Alianza. Madrid: Editorial Alianza.
- Enríquez, R. (2000). REDES SOCIALES Y POBREZA: MITOS Y REALIDADES. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, (11), 36-72.
- Gambarotta, E. (2014). Discusiones epistemológicas acerca de la reflexividad en la sociología. Adorno, Bourdieu y una propuesta con base en la Teoría Crítica Reflexiva. *Acta Sociológica*, 64, 9-34.
- García Alén, L.; Talavera Valverde, M.A.; Díaz Polo, K. (2013). La importancia de la familia en personas con limitación en la participación social. *TOG (A Coruña) (Revista en internet)*, vol.10, supl.8, 10(8), 86-91.
- García, I. (2002). Keeping the GP away. A NEF briefing about community time banks and health.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. (Ammorortu, Ed.). Buenos Aires / Madrid: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (Ammorortu Editores, Ed.) (Ammorortu). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez-Durán, E.L.; Carrión, M.I.; Xifró, A.; Martín-Fumadó, C. (2010). Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar. Recuperat 12 desembre 2015, de <http://www.actapsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-374-376-358363.pdf>
- González-Pinto Arrillaga, A.M., Barbeito Resa, S., Vega Pérez, P. (2010). Abordaje integral del trastorno bipolar. *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010*.
- Guinea, R. (2007). Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO*.
- Gutiérrez, B. (2009). BANCOS DE TIEMPO: se romperían muchas barreras que el dinero crea, se fomentarían las relaciones comunitarias. Recuperat 23 setembre 2015, de <file:///C:/Users/USUARI/Downloads/Dialnet-BancosDeTiempo-3051399.pdf>
- Gutiérrez-García, A.G.; Contreras, C.M.; Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. Recuperat 12 desembre 2015, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>

- Heerlein, A. (2002). Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 63-76. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500005>
- Hernández, B. (2013). El trabajo social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. Recuperat 9 desembre 2015, de <file:///C:/Users/USUARI/Downloads/Dialnet-ElTrabajoSocialEnLaIntervencionPsicosocialConPerso-4703400.pdf>
- Holmgren D., Lermenda, V., Cortés C., Cárdenas I., Aguirre K., Valenzuela K.A.2, y K. V. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. Recuperat 11 desembre 2015, de [file:///C:/Users/USUARI/Documents/1.TO/4rt TER%C3%80PIA OCUPACIONAL/TFG/tb.pdf](file:///C:/Users/USUARI/Documents/1.TO/4rt%20TER%20C3%80PIA%20OCUPACIONAL/TFG/tb.pdf)
- Jara, ML.; Lorena, K.; Schneider, L.S.; Lemos, K. E. (2008). Trastornos bipolares. Recuperat 11 desembre 2015, de http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/5_177.pdf
- Kielhofner, G.; Burke, J. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *The American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.
- López, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Recuperat 9 desembre 2015, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13102378&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=272&ty=16&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=272v3n1a13102378pdf001.pdf
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M., Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Recuperat 17 setembre 2015, de <http://www.feafesandalucia.org/images/stories/DOCUMENTOS/luchacontraestigma.pdf>
- Martínez de Pisón, J; García Inda, A. (2003). *Derechos Fundamentales, movimientos sociales y participación: aportaciones al debate sobre la ciudadanía*. (Dykinson, Ed.) (Dykinson). Dykinson.
- Moruno Miralles, P.; Fdez Agudo, P. (2012). Análisis teórico de los conceptos privación, alienación y justicia ocupacional. Recuperat 19 octubre 2015, de <http://www.revistatog.com/mono/num5/teorico.pdf>
- Pahwa, R., Bromley, E., Brekke, B., Gabrielian, S., Braslow, J. T., & Brekke, J. S. (2014). Relationship of community integration of persons with severe mental illness and mental health service intensity. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(6), 822-5. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201300233>
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. *Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, 1.
- Rodríguez, A.; González, J. (2002). Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas

- con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. Recuperat 11
deseembre 2015, de
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-
Disposition&blobheadervalue1=filename=CUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL
+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=tr](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=CUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=tr)
- Rogers, C. R. (1981). *Psicoterapia centrada en el cliente*. (P. Ibérica, Ed.) (Paidós Ibé). Paidós Ibérica.
- Romaní, D. (2013). El banc del temps. Intercanvi sense diners entremig. *Ara.cat*.
- Saiz, J.; Chévez, A. (2009). La intervención socio-comunitaria en sujetos con trastorno mental grave y crónico: modelos teóricos y consideraciones prácticas. Recuperat 9 deseembre 2015, de [file:///C:/Users/USUARI/Documents/1.TO/4rt TER%20PIA
OCUPACIONAL/TFG/BANC+SOCIAL20-intervenci%C3%B3 comunit%C3%A0ria.pdf](file:///C:/Users/USUARI/Documents/1.TO/4rt%20TER%20PIA%20OCUPACIONAL/TFG/BANC+SOCIAL20-intervenci%C3%B3%20comunit%C3%A0ria.pdf)
- Sanz Casas, G. (2002). LAS ASOCIACIONES DE BANCO DE TIEMPO: ENTRE LA RECIPROCIDAD Y EL MERCADO. Recuperat 23 setembre 2015, de [http://e-
spacio.uned.es/biblioremot.uvic.cat/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Endoxa-20012B1D86C2-
289C-558A-1648-47661391B340&dsID=asociaciones_banco.pdf](http://espacio.uned.es/biblioremot.uvic.cat/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Endoxa-20012B1D86C2-289C-558A-1648-47661391B340&dsID=asociaciones_banco.pdf)
- Sanz Santos, T. (2013). El banco del tiempo. Un espacio relacional de intercambio alternativo. *Universitat de Barcelona. Departament de Antropologia Económica*.
- Serra, A. M. (2011). Complejidad cerebral y patología psiquiátrica: un análisis normativo. Recuperat 11 deseembre 2015, de <http://eprints.ucm.es/16451/1/T33899.pdf>
- Sevilla Casasola, P. (2013). Potencialidades de un Banco del Tiempo como Técnica de Intervención Comunitaria. Recuperat 23 setembre 2015, de [file:///C:/Users/USUARI/Downloads/Dialnet-
PotencialidadesDeUnBancoDelTiempoComoTecnicaDeInte-4703352.pdf](file:///C:/Users/USUARI/Downloads/Dialnet-PotencialidadesDeUnBancoDelTiempoComoTecnicaDeInte-4703352.pdf)
- The New Economics Foundation. (2001). Time Banks. A radical manifesto for the UK. (L. O. 7LY RAP Ltd, Clock Street, Hollinwood, Oldham, Ed.). New Economics Foundation. Cinnamon House, 6–8 Cole Street, London SE1 4YH.
- Thibeault, R. (2002). Occupation and the rebuilding of civil society: Notes from the war zone. *Journal of Occupational Science*, 9, 38-47., 9, 38-47.
- Thibeault, R. & Forget, A. (1997). From snow to sand: Community-based rehabilitation perspectives from the Arctic and Africa. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10, 315-327.
- Timms, P. (2007). Trastorno bipolar (maníaco depresivo). Recuperat 12 deseembre 2015, de [http://www.sepsiq.org/file/Royal/TRASTORNO BIPOLAR.pdf](http://www.sepsiq.org/file/Royal/TRASTORNO%20BIPOLAR.pdf)
- Tundidor, M. (2013). Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental. Recuperat 19 octubre 2015, de <http://www.margen.org/suscri/margen69/tundidor.pdf>

- Vieta, E.; Colom, F.; Martínez-Arán, A. (2009). ¿Qué es el trastorno bipolar? Recuperat 7 octubre 2015, de http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/trastorno-bipolar/2_-_que_es_el_trastorno_bipolar.pdf
- Vilouta Pena, D. (2013). *Participación social en la comunidad en personas con trastorno mental grave a través del deporte*. Universidade da Coruña.
- Whiteford, G.; Townsend, E. (2005). Participatory Occupational Justice Framework (POJF).
- Wilcock, A. (1998). *An Occupational Perspective of Health*. Slack.
- Wilcock, A.; Townsend, E. A. (2004). Occupational Terminology Interactive Dialogue. Recuperat 4 novembre 2015, de <http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/14427591.2004.9686536>
- Wolf, L. et al. (2010). Applying an occupational justice framework. *Occupational Therapy Now*, 12.1, 15-17.
- World Federation of Occupational Therapists. (2004). WFOT Position Paper on Community Based Rehabilitation.
- Zubero, I. (1996). Movimientos sociales y alternativas de la sociedad. Recuperat 20 octubre 2015, de <file:///C:/Users/USUARI/Downloads/9241-9322-1-PB.PDF>

7. ANNEXOS

7.1. EINES DE VALORACIÓ INICIAL

A. LLISTAT D'INTERESSOS

Una adaptació del llistat d'interessos proposat per Matsutsuyu el 1960. És una versió més reduïda que avalua els interessos de la persona i que serà útil a l'hora d'establir una intervenció adequada. Kielhofner, G.; Neville, A. (1983).

Instruccions:

Es llisten activitats d'oci. Hi ha 5 preguntes per a cada activitat:

1. *Quin ha estat el teu nivell d'interès en els darrers 10 anys? Cal marcar una de les tres respostes: MOLT, POC, CAP*
2. *Quin ha estat el teu nivell d'interès en l'últim any? Cal marcar una de les tres respostes: MOLT, POC, CAP*
3. *Participes actualment en aquesta activitat? Marcar una de les dues respostes: SÍ, NO*
4. *T'agradaria realitzar-la en el futur? Marcar una de les dues respostes: SÍ, NO*

ACTIVITAT	Quin ha estat el teu nivell d'interès?						Participes actualment en aquesta activitat?		T'agradaria fer-la en un futur?	
	En els últims 10 anys			En l'últim any			SÍ	NO	SÍ	NO
	MOLT	POC	CAP	MOLT	POC	CAP				
Practicar jardineria										
Cosir										
Jugar a cartes										
Parlar/llegir idiomes										
Activitats religioses										
Escoltar la ràdio										
Caminar										
Arreglar cotxes										
Escriure										
Ballar										
Jugar a golf										
Jugar/veure futbol										
Escoltar música actual										

Fer puzzles										
Celebrar dies festius										
Veure pel·lícules										
Escoltar música clàssica										
Assistir a xerrades										
Nedar										
Jugar a bitlles										
Anar a fer visites a familiars										
Fer arranjaments de roba										
Jugar a les dames/escacs										
Fer un estofat										
Llegir										
Viatjar										
Anar a festes										
Practicar arts marcial										
Fer neteja de la casa										
Jocs de construcció										
Veure la TV										
Anar a concerts										
Tenir cura de mascotes										
Anar a acampar										
Rentar/planxar										
Participar en política										
Jugar a jocs de taula										
Decorar interiors										
Pertànyer a un club										
Cantar										
Ser scout										
Mirar, comprar roba										

Anar a la perruqueria										
Anar en bicicleta										
Veure algun esport										
Observar aus										
Anar a carreres de cotxes										
Arreglar la casa										
Fer exercicis										
Caçar										
Treballar en fusteria										
Jugar a frontó										
Conduir un vehicle										
Tenir cura de nens										
Jugar a tennis										
Cuinar										
Jugar a bàsquet										
Estudiar història										
Col·leccionar										
Pescar										
Estudiar ciència										
Fer marroquineria										
Anar de compres										
Fer fotos										
Pintar										
Altres: _____										

B. QÜESTIONARI

Aquest qüestionari auto-completable serveix per donar una idea del perfil ocupacional de la persona en termes de participació en activitats de lleure i socials. Després d'un primer bloc de dades sociodemogràfiques hi ha un bloc de dades referents a la productivitat i un altre que aborda aspectes relacionals en el lleure. Finalment, unes qüestions relacionades amb les raons que han contribuït a participar en el programa.

Instruccions:

Marca amb una creueta l'opció que s'adigui amb la teva situació personal. Si no n'hi ha cap que s'ajusti, anota la teva resposta a l'apartat "Altres: ___".

1. Dades identificadores qüestionari inicial (a omplir per l'entrevistador):

1.1 Data entrevista: ___/___/_____

1.2 Lloc entrevista: _____

1.3 Codi entrevista: _____

1.4 Entrevistador: _____

2. Dades sociodemogràfiques:

2.1 Nom i cognoms: _____

2.2 Data de naixement (dia/mes/any): ___/___/_____

2.3 Sexe:

M

F

2.4 Lloc de residència:

Girona capital

Girona rodalies (15 quilòmetres de distància o menys)

Resta de província de Girona (més de 15 quilòmetre de distància)

Altres: _____

2.5 Unitat de convivència:

Visc sol/a

Visc en parella

Visc en família (fills i/o pares i/o germans)

Visc amb altres persones (amics, companys d'estudi, companys de feina)

Altres: _____

3. Dades de l'àrea de la productivitat

3.1 Nivell d'estudis acabats (Font: IDESCAT):

- Sense estudis (o estudis primaris incomplets)
- Estudis de primer grau (primària, EGB, ESO complets)
- Estudis de segon grau (batxillerat, COU, PREU, FP-I, FP-II i estudis equivalents complets)
- Estudis de tercer grau (estudis universitaris: diplomatura, llicenciatura, grau, màster i estudis equivalents complets)
- Altres estudis no reglats: _____

3.2 Ocupació actual:

- Estudiant
- Treballador en actiu. En aquest cas, tipus d'ocupació:
 - Sector serveis (comerç, hostaleria, turisme)
 - Sector indústria (construcció, metall, química)
 - Sector administratiu (assegurances, financers i tècnics)
 - Sector sanitat i serveis socials
 - Sector ensenyament
 - Sector agricultura, ramaderia, pesca i forestal
 - Sector del transport, missatgeria i seguretat
 - Altres: _____
- Situació d'atur
- Inactivitat
- Jubilació
- Baixa laboral transitòria
- Baixa laboral permanent
- Altres: _____

4. Dades de l'àrea relacional en l'oci i el lleure

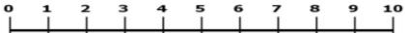

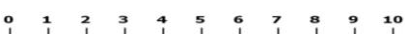


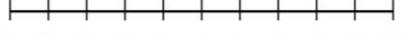
4.1 Hores setmanals dedicades a l'oci i el lleure (descomptant hores de son i descans)

- Més de 50 h/setmana
- Entre 35 i 50 h/setmana
- Entre 20 i 35 h/setmana
- Entre 5 i 20 h/setmana
- Menys de 5 h/setmana

4.2 Activitats d'oci en què actualment participes:

- Esports en equip (C)
- Esports individuals (I)
- Trobades i relacions familiars (C)
- Sortides i trobades amb amics (C)
- Relacions i comunicacions en xarxes socials (xats, facebook, twiter) (C-I)
- Relacions veïnals i comunitàries (teatre, associacions, voluntariat, comissions veïnals) (C)
- Jardineria (I)
- Activitats artístiques en grup (C)
- Activitats artístiques individuals (I)
- Lectura, escriptura (I)
- Escoltar música (I)
- Col·leccionisme (I)
- Ball (C)
- Altres: _____

4.3 Grau de satisfacció en les següents àrees de la teva vida. Puntua del 0 al 10 (0: totalment insatisfet; 10 totalment satisfet):

- Relacions amb la família: 
- Relacions amb els amics i coneguts: 
- Relacions amb veïns i comunitat: 
- Relacions laborals o d'estudis: 
- Relacions sentimentals: 
- Altres: _____ 

5. Implicació i motivació en el programa

5.1 Quin és el teu motiu per participar en el programa de vinculació amb el BdT?

- Conèixer gent nova
- Conèixer activitats noves
- Sentir-me més útil
- Practicar habilitats que tinc
- Aprendre noves habilitats (habilitats socials, gestió del temps)
- Sentir-me millor persona
- Tinc curiositat
- M'ho han recomanat

- Tinc molt de temps lliure
- No em ve gaire de gust però ho provaré
- No ho sé
- Altres: _____

5.2 Creus que poden sorgir problemes que t'impedeixin seguir en el programa?

- No
- No ho sé
- Sí. En aquest cas, quins:
 - Que no m'agradi
 - Problemes per combinar amb altres activitats
 - No saber-me planificar
 - No saber gestionar les emocions negatives (estrès, frustració)
 - No tenir prou habilitats socials
 - Inestabilitat de la malaltia
 - Pèrdua de motivació
 - Altres: _____

C. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Dades identificadores:

Data entrevista: ___/___/_____

Lloc entrevista: _____

Codi entrevista: _____

Entrevistador: _____

2. Dades sociodemogràfiques:

2.1 Nom i cognoms: _____

2.2 Data de naixement (dia/mes/any): ___/___/_____

2.3 Temps com a soci de l'ABIGirona (data d'ingrés): _____

3. Dades relatives a l'experiència.

3.1 Actualment en quines activitats de lleure amb altres persones participes?

3.2 En quines activitats organitzades per ABIGirona has participat?

3.3 Tens alguna experiència prèvia en algun banc del temps?

3.4 I en algun altre tipus de programa d'intercanvi de serveis?

3.5 Pots explicar en què consisteix?

3.6 Quin record en tens? Com et vares sentir?

4. Dades relatives a l'opinió:

4.1 Quines diries que són les teves capacitats i habilitats socials?

4.2 Com creus que afecten aquestes capacitats a l'hora de participar en activitats d'oci i lleure amb altres persones?

4.3 Quines diries que són les teves limitacions socials?

4.4 Com creus que afecten aquestes limitacions a l'hora de participar en activitats d'oci i lleure amb altres persones?

4.5 Què creus que pots aportar tu amb la participació en el programa?

4.6 Què creus que et pot aportar la participació en el programa vinculat amb el BdT?

5. Dades relatives a les emocions:

Tenir en compte la puntuació del punt 4.3 del qüestionari auto-completat i incidir sobre l'àrea que la persona ha puntuat més baix.

5.1 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions familiars amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.2 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions d'oci i lleure amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.3 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions laborals/estudis amb un _____.

Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.4 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions veïnals i comunitàries amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

1.7 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions sentimentals amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

7.2. EINES DE VALORACIÓ DE SEGUIMENT

A. SESSIÓ GRUPAL 1: PLANIFICACIÓ I GESTIÓ DEL TEMPS

A l'inici del mes 4 d'intervenció i al final del mes 5 (repetició de la sessió) es farà una sessió per tal que els participants tinguin eines per a una gestió eficaç del temps.

Continguts de la sessió:

1. Objectius i estructuració de la sessió.
2. Introducció: el temps com a valor. Raons per valorar-lo
3. Els lladres del temps:
 - a. En què destinem el nostre temps? És necessari?
 - b. Causes de la "pèrdua" del temps
 - c. Els beneficis d'una correcta gestió del temps
4. Lleis que afecten la gestió del temps:
 - a. Llei de Murphy
 - b. Llei de Pareto
 - c. Llei de Parkinson
 - d. Llei de Carlson
 - e. Llei d'Illich
5. La gestió del temps:
 - a. Identificar les causes dels problemes relacionats amb el temps
 - b. Formular objectius
 - c. Establir prioritats
 - d. Planificar a curt, mig i llarg termini
 - e. Controlar i disminuir interrupcions
 - f. Delegar tasques
 - g. Utilitzar millor els recursos (agenda, ordinador, telèfon)
6. Finalització de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 3 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia, equip projector i pantalla, material d'oficina

B. SESSIÓ GRUPAL 2: COM S'HA INICIAT L'EXPERIÈNCIA

A l'inici del mes 5 d'intervenció i al final del mes 6 es farà una sessió per tal que els participants puguin expressar les seves percepcions i dubtes sobre l'experiència. Es tracta d'una sessió en format tertúlia, oberta a tots els participants del programa.

Temes a tractar durant la sessió:

1. En quines tasques us vàreu inscriure?
2. Us han contactat? Heu dut a terme algun servei?
3. Heu sol·licitat algun servei? Quin? Quantes hores ha durat? Heu hagut d'afrontar algun problema? Com l'heu solucionat?
4. Quina és la vostra percepció, de moment?
5. Com valoreu les relacions que esteu fent amb la comunitat?
6. Està canviant la vostra participació social? De quina manera? (temps, tasques, persones)
7. El vostre perfil de tasques en el BdT continua essent vigent? Voleu fer canvis? Quins?
8. El suport que esteu rebent per part de l'equip és suficient? Propostes de millora
9. Resolució de dubtes
10. Tancament de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 2 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia

C. SESSIÓ GRUPAL 3: GESTIÓ EMOCIONAL

A l'inici del mes 6 d'intervenció i al final del mes 7 es farà una sessió per tal que els participants tinguin eines per a una eficaç i satisfactòria gestió emocional

Continguts de la sessió:

1. Objectius i estructuració de la sessió
2. Fonamentació teòrica:
 - a. Les emocions. Tipus, com identificar-les en un mateix i en el altres.
3. Les 5 competències bàsiques
 - a. Consciència emocional
 - b. Regulació emocional
 - c. Competència social (sessió grupal 4)
 - d. Autonomia
 - e. Competències per a la vida i el benestar.
4. Relació entre emoció – cognició – conducta
5. Estratègies de regulació emocional
 - a. Distanciament temporal
 - b. Relaxació i respiració
 - c. Re-avaluació
 - d. Acceptació de la pròpia responsabilitat
 - e. Reestructuració cognitiva
 - f. Aprendre a canviar la situació
6. Finalització de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 3 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia, equip projector i pantalla, material d'oficina

D. SESSIÓ GRUPAL 4: COMPETÈNCIA SOCIAL. GESTIÓ DE LES HABILITATS SOCIALS

A l'inici del mes 7 d'intervenció i al final del mes 8 es farà una sessió per tal que els participants tinguin eines per a una eficaç i satisfactòria gestió emocional

Continguts de la sessió:

1. Objectius i estructuració de la sessió
2. Fonamentació teòrica:
 - a. Què és la competència social
 - b. Habilitats de la competència social
7. Estratègies per a:
 - a. Dominar les habilitats socials
 - b. Respectar pels altres
 - c. Comunicar-se de forma receptiva i expressiva
 - d. Compartir les emocions
 - e. Assolir el comportament pro-social
 - f. Promoure l'assertivitat
3. Diferents tècniques assertives que milloren les relacions interpersonals
4. Diferents tècniques de resolució de conflictes
5. Dinàmiques i *Roleplayings* per assolir els conceptes
6. Finalització de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 3 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia, equip projector i pantalla, material d'oficina.

E. SESSIÓ GRUPAL 5: AUTOESTIMA I AUTOESTIGMA

A l'inici del mes 8 d'intervenció i al final del mes 9 es farà una sessió per tal que els participants disposin d'eines per afrontar l'estigma i l'auto-estigma.

Continguts de la sessió:

1. Objectius i estructuració de la sessió
2. Fonamentació teòrica:
 - a. Estigma: què és, col·lectius estigmatitzats, producció de l'estigma, components de l'estigma.
 - b. Auto-estigma: què és, relació amb l'autoestima i l'autoimatge.
 - c. L'estigma en salut mental
 - d. Efectes de l'estigma en la recuperació
 - e. Efectes de l'auto-estigma en la recuperació
3. Estratègies d'afrontament de l'estigma:
 - a. Què es pot fer a nivell individual?
 - b. Què es pot fer a nivell social?
4. Dinàmiques i *Roleplayings* per assolir els conceptes
5. Finalització de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 3 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia, equip projector i pantalla, material d'oficina.

F. SESSIÓ GRUPAL 6: PERCEPCIONS I VALORACIÓ DE GRUP

A l'inici del mes 9 d'intervenció i al final del mes 10 es farà una sessió per tal que els participants puguin expressar les seves percepcions i dubtes sobre l'experiència. Es tracta d'una sessió en format tertúlia, oberta a tots els participants del programa.

Temes a tractar durant la sessió:

1. Com valoreu la vostra participació en el Banc del Temps?
2. Com valoreu la vostra participació en el programa?
3. Ha canviat la vostra percepció sobre la participació comunitària? De quina manera?
4. Ha canviat la vostra participació social? De quina manera? (temps, tasques, persones)
5. Heu adquirit habilitats que us poden ser útils d'alguna forma? Quines?
6. Creieu que la participació en el BdT durant 1 any ha implicat algun canvi en altres àrees de la vostra vida (relacions familiars, amistats, obligacions, aspecte laboral)
7. Com us heu sentit en la vostra relació amb l'equip a nivell de suport? Propostes de millora.
8. Resolució de dubtes
9. Valoració individual anònima
10. Tancament de la sessió

Participants: tots els participants en el programa.

Docents: l'equip de teràpia ocupacional que duu a terme l'estudi.

Durada de la sessió: 2 hores.

Lloc i hora: a la Sala de Reunions de l'ABIGirona, 17:00h a 20:00h (cronograma)

Material i espais: sala àmplia

7.3 EINES DE VALORACIÓ FINAL

A. LLISTAT D'INTERESSOS

Una adaptació del llistat d'interessos proposat per Matsutsuyu el 1960. És una versió més reduïda que avalua els interessos de la persona i que serà útil a l'hora d'establir una intervenció adequada. Kielhofner, G.; Neville, A. (1983).

Instruccions:

Es llisten activitats d'oci. Hi ha 5 preguntes per a cada activitat:

1. *Quin ha estat el teu nivell d'interès en els últims 12 mesos? Cal marcar una de les tres respostes: MOLT, POC, CAP*
2. *Participes actualment en aquesta activitat? Marcar una de les dues respostes: SÍ, NO*
3. *T'agradaria realitzar-la en el futur? Marcar una de les dues respostes: SÍ, NO*

ACTIVITAT	Quin ha estat el teu nivell d'interès?			Participes actualment en aquesta activitat?		T'agradaria fer-la en un futur?	
	En els últims 12 mesos			SÍ	NO	SÍ	NO
	MOLT	POC	CAP				
Practicar jardineria							
Cosir							
Jugar a cartes							
Parlar/llegir idiomes							
Activitats religioses							
Escoltar la ràdio							
Caminar							
Arreglar cotxes							
Escriure							
Ballar							
Jugar a golf							
Jugar/veure futbol							
Escoltar música actual							
Fer puzzles							

Celebrar dies festius							
Veure pel·lícules							
Escoltar música clàssica							
Assistir a xerrades							
Nedar							
Jugar a bitlles							
Anar a fer visites a familiars							
Fer arranjaments de roba							
Jugar a les dames/escacs							
Fer un estofat							
Llegir							
Viatjar							
Anar a festes							
Practicar arts marcial							
Fer neteja de la casa							
Jocs de construcció							
Veure la TV							
Anar a concerts							
Tenir cura de mascotes							
Anar a acampar							
Rentar/planxar							
Participar en política							
Jugar a jocs de taula							
Decorar interiors							
Pertànyer a un club							
Cantar							
Ser scout							
Mirar, comprar roba							
Anar a la perruqueria							

Anar en bicicleta							
Veure algun esport							
Observar aus							
Anar a carreres de cotxes							
Arreglar la casa							
Fer exercicis							
Caçar							
Treballar en fusteria							
Jugar a frontó							
Conduir un vehicle							
Tenir cura de nens							
Jugar a tennis							
Cuinar							
Jugar a bàsquet							
Estudiar història							
Col·leccionar							
Pescar							
Estudiar ciència							
Fer marroquineria							
Anar de compres							
Fer fotos							
Pintar							
Altres: _____							

A. QÜESTIONARI

Aquest qüestionari auto-completable serveix per donar una idea del perfil ocupacional de la persona en termes de participació en activitats de lleure i socials. Després d'un primer bloc de dades sociodemogràfiques hi ha un bloc de dades referents a la productivitat i un altre que aborda aspectes relacionals en el lleure. Finalment, unes qüestions relacionades amb les raons que han contribuït a participar en el programa.

Instruccions:

Marca amb una creueta l'opció que s'adigui amb la teva situació personal. Si no n'hi ha cap que s'ajusti, anota la teva resposta a l'apartat "Altres: ____".

1. Dades identificadores qüestionari inicial (a omplir per l'entrevistador):

1.1 Data entrevista: ____/____/____

1.2 Lloc entrevista: _____

1.3 Codi entrevista: _____

1.4 Entrevistador: _____

2. Dades sociodemogràfiques:

2.1 Nom i cognoms: _____

2.2 Lloc de residència:

- Girona capital
- Girona rodalies (15 quilòmetres de distància o menys)
- Resta de província de Girona (més de 15 quilòmetre de distància)
- Altres: _____

2.3 Unitat de convivència:

- Visc sol/a
- Visc en parella
- Visc en família (fills i/o pares i/o germans)
- Visc amb altres persones (amics, companys d'estudi, companys de feina)
- Altres: _____

3. Dades de l'àrea de la productivitat

3.1 Ocupació actual:

- Estudiant
- Treballador en actiu. En aquest cas, tipus d'ocupació:

- Sector serveis (comerç, hostaleria, turisme)
- Sector indústria (construcció, metall, química)
- Sector administratiu (assegurances, financers i tècnics)
- Sector sanitat i serveis socials
- Sector ensenyament
- Sector agricultura, ramaderia, pesca i forestal
- Sector del transport, missatgeria i seguretat
- Altres: _____
- Situació d'atur
- Inactivitat
- Jubilació
- Baixa laboral transitòria
- Baixa laboral permanent
- Altres: _____

4. Dades de l'àrea relacional en l'oci i el lleure

4.1 Hores setmanals dedicades a l'oci i el lleure (descomptant hores de son i descans)

- Més de 50 h/setmana
- Entre 35 i 50 h/setmana
- Entre 20 i 35 h/setmana
- Entre 5 i 20 h/setmana
- Menys de 5 h/setmana

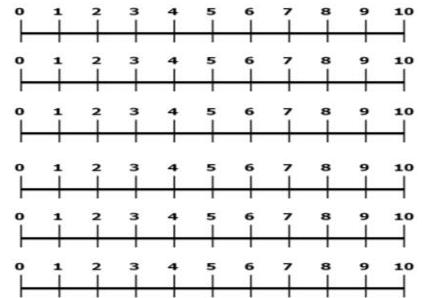
4.2 Activitats d'oci en què actualment participes:

- Esports en equip (C)
- Esports individuals (I)
- Trobades i relacions familiars (C)
- Sortides i trobades amb amics (C)
- Relacions i comunicacions en xarxes socials (xats, facebook, twitter) (C-I)
- Relacions veïnals i comunitàries (teatre, associacions, voluntariat, comissions veïnals) (C)
- Jardineria (I)
- Activitats artístiques en grup (C)
- Activitats artístiques individuals (I)
- Lectura, escriptura (I)
- Escoltar música (I)

- Col·leccionisme (I)
- Ball (C)
- Altres: _____

4.3 Grau de satisfacció en les següents àrees de la teva vida. Puntua del 0 al 10 (0: totalment insatisfet; 10 totalment satisfet):

- Relacions amb la família:
- Relacions amb els amics i coneguts:
- Relacions amb veïns i comunitat:
- Relacions laborals o d'estudis:
- Relacions sentimentals:
- Altres: _____



C. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. Dades identificadores:

Data entrevista: ___/___/_____

Lloc entrevista: _____

Codi entrevista: _____

Entrevistador: _____

2. Dades sociodemogràfiques:

2.1 Nom i cognoms: _____

3. Dades relatives a l'experiència.

3.1 Com està essent la teva experiència de participació en el BdT?

3.2 Han canviat les teves activitats d'oci i lleure, arran de la teva participació en el BdT?

4. Dades relatives a l'opinió:

4.1 Quines diries que són les teves capacitats i habilitats socials?

4.2 Com creus que afecten aquestes capacitats a l'hora de participar en activitats d'oci i lleure amb altres persones?

4.3 Quines diries que són les teves limitacions socials?

4.4 Com creus que afecten aquestes limitacions a l'hora de participar en activitats d'oci i lleure amb altres persones?

4.5 Què creus que pots aportar tu amb la participació en el programa?

4.6 Què creus que et pot aportar la participació en el programa vinculat amb el BdT?

5. Dades relatives a les emocions:

Tenir en compte la puntuació del punt 4.3 del qüestionari auto-completat i incidir sobre l'àrea que la persona ha puntuat més baix.

5.1 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions familiars amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.2 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions d'oci i lleure amb un _____. Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.3 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions laborals/estudis amb un ____.

Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.4 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions veïnals i comunitàries amb un ____.

Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

5.5 En el qüestionari vares puntuar les teves relacions sentimentals amb un ____.

Com et fan sentir?

Quina importància tenen per a tu del 0 al 10?

Com creus que podrien millorar?

7.4 FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT

Per poder participar en el programa de vinculació de l'ABIGirona amb el Banc del Temps necessitem que omplis el següent full de consentiment informat. La signatura del mateix implicarà que participes lliurement en l'estudi i dones el teu consentiment a fer ús de les valoracions personals que s'aniran fent durant el procés. Per això és molt important que t'ho llegeixis bé i que no dubtis a preguntar. Abans de signar, assegura't:

- Que l'equip investigador t'han fet una explicació verbal, clara i concisa del procediment que se seguirà per dur a terme la implantació del programa
- Que se't lliura un full explicatiu on es detalla, de forma entenedora, els possibles riscos a què et pots sotmetre, així com les seves conseqüències i alternatives.

FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT

L'equip d'investigació _____, dirigit per (nom i cognoms) _____, estem duent a terme el projecte d'investigació "*Salut mental i comunitat. Disseny d'un programa d'intervenció per a la millora de la participació ocupacional de persones afectades de trastorn bipolar a través de la vinculació amb el banc del temps*".

Objectiu de l'estudi:

El present estudi té com a objectiu principal conèixer l'evolució del benestar emocional de les persones participants després d'haver-se vinculat amb les activitats del Banc del Temps. El projecte consta de les següents fases d'intervenció:

Fase 1: informació a l'associació ABIGirona i als associats

Fase 2: avaluacions inicials

Fase 3: anàlisi de les avaluacions inicials

Fase 4: Disseny de la intervenció

Fase 5: Implementació de la intervenció

Fase 6: avaluacions finals

Fase 7: divulgació dels resultats

Descripció de la participació en el programa:

La persona que participa en el programa facilita la implantació del programa mitjançant la seva col·laboració diferents aspectes:

- Omplir els qüestionaris sobre dades personals i percepcions (inici i final)
- Participació en una entrevista semiestructurada per conèixer aspectes de benestar emocional (inici i final)
- Omplir el llistat d'interessos personals (inici i final)
- Assistència i participació en 6 sessions grupals d'unes 3 hores de durada i distribuïdes al llarg de 12 mesos, temps que dura el total de la intervenció.

Riscos generals/personalitzats i alternatives:

No es preveuen riscos ni en l'àmbit general ni tampoc personal, que puguin afectar la salut de les persones participants. No obstant, si la persona ho desitja, podrà sortir del programa, sense que això li ocasioni cap tipus de conseqüència.

Aspectes de confidencialitat:

Tots els participants tindran assignat un codi, per la qual cosa serà impossible identificar el participant amb les respostes donades, garantint la confidencialitat a l'hora de bolcar

les dades. Les dades que s'obtinguin de la participació no es faran servir per a cap altra finalitat diferent de l'explicada anteriorment i passaran a formar part d'un fitxer de dades del qual en serà el màxim responsable l'investigador principal. Aquestes dades quedaran protegides mitjançant el sistema de protecció de dades del servei, tal com estableix la Llei 15/1999 de Protecció de Dades Personals.

Autorització:

Jo, (nom i cognoms) _____, major d'edat, amb DNI núm. _____, i actuant en nom i interès propis,

DECLARO QUE:

- He rebut informació sobre el present projecte i el full informatiu pel qual se sol·licita la meva participació.
- M'han informat i he entès plenament els riscos possibles. Si surt alguna complicació, dono el meu consentiment perquè es faci allò que determini l'equip.
- M'han informat de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i protecció de dades personals que comporta el projecte i les garanties preses en compliment de la Llei 15/1999 de Protecció de Dades Personals.
- La meva col·laboració en el projecte és totalment voluntària i tinc dret a retirar-me del mateix en qualsevol moment, revocant el present consentiment, sense que aquesta retirada pugui influir negativament en la meva persona en cap sentit. En cas de retirada tinc dret que les meves dades siguin cancel·lades del fitxer d'estudi.
- Renuncio a qualsevol benefici econòmic o de qualsevol altra naturalesa que es pugui derivar de la participació en el projecte.

PER TOT AIXÒ, DONO EL MEU CONSENTIMENT A:

- Participar en el projecte
- Autoritzar l'equip investigador a fer ús de les dades que resultin de la meva participació en programa de vinculació amb el Banc del Temps.

A Girona, el 10 de juny de 2016,

Signatura del participant	Signatura de l'investigador principal

8. AGRAÏMENTS

Qualsevol projecte que una persona pretén dur a terme n'involucra sens dubte a moltes altres que fan la funció d'escolta, de guia, de motivació o que ajuden a la reflexió. En l'elaboració d'aquest treball he tingut la sort de comptar amb totes elles. I aquest és l'espai que utilitzo per donar-los les gràcies. Voldria reconèixer el suport rebut per part de l'associació de persones amb trastorn bipolar de Girona (ABIGirona) i especialment al seu president, en Robert per explicar-me tot allò que he volgut saber. A la meva tutora de TFG, la Sílvia, pel seu suport i orientacions que m'han ajudat a anar millorant el resultat a cada tutoria. I evidentment a la meva família, la meva mare i en Jep, sense els quals no hauria ni pogut començar els estudis de teràpia ocupacional. Moltes gràcies a tots.

9. NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM A EXPERIÈNCIA

La realització del present TFG ha estat una bona experiència. M'ha servit per conèixer més a fons les característiques i les problemàtiques de les persones afectades de trastorn bipolar i per aprofundir en les dinàmiques dels bancs dels temps que, tot i ser ben presents a Girona, no havia tingut l'ocasió de mirar-me'ls com una possible eina de transformació social.

El procés d'execució del treball m'ha situat en el rol d'investigador, i això implica responsabilitat i coherència a l'hora de definir el tipus de disseny, la població, les eines utilitzades i els punts forts i febles de l'estudi. Cal, doncs, intentar ser rigorós i tenir en compte totes les casuístiques possibles per tal de poder defensar-lo adequadament. He topat amb alguns dubtes, sobretot a l'hora de preparar les eines d'avaluació ja que, tot i mirar de tenir sempre els objectius presents, no és fàcil dissenyar una eina eficaç que optimitzi la recollida de dades. Malgrat això, durant tot el procés he tingut la mirada posada en la possibilitat real d'implantació del programa i això m'ha ajudat a focalitzar-me en què volia obtenir i en la forma d'aconseguir-ho.

Per mi ha estat una experiència enriquidora, un petit pas que m'ha apropat una mica més al camp de la investigació, que ja fa temps que m'engresca.