

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**Título del Trabajo Fin de Grado:** PROPUESTA DE INTERVENCION DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

**Autor/a:** DEL REY OCHOA, ALBA

**Nº expediente:**1393

**Tutora:** BENAVIDES GIL, GEMMA

**Departamento y Área:** Dpto. Ciencias del Comportamiento y Salud. Área Psicología Básica.

**Curso académico:** 2020-2021

**Convocatoria de:** MAYO 2021

**Código de Investigación Responsable:** TFG.GTO.GBG.ADRO.210301

# ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivo del programa.....	6
3. Descripción de la población a la que va dirigida el programa.....	7
4. Descripción del programa.....	8
4.1. Fundamentos del Programa de Intervención.....	8
4.2. Detalle del Programa de Intervención.....	12
5. Evaluación del programa.....	17
6. Presupuesto.....	20
7. Referencias.....	21
8. Anexos.....	25

## RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a millones de personas a nivel mundial y puede llegar a ser muy incapacitante para la persona que la sufre. A pesar de que actualmente no tiene cura, con un adecuado tratamiento multidisciplinar un gran número de pacientes puede tener una vida relativamente normal, dentro de sus condiciones. En este sentido, el objetivo general del presente trabajo es diseñar una propuesta de intervención de terapia ocupacional para personas con un diagnóstico de esquizofrenia, con un rango de edad entre los 25 y los 65 años, que estén bajo seguimiento psiquiátrico y que tengan dificultades de adaptación, autonomía e independencia en su vida diaria. El programa que se propone consta de 10 talleres, en formato grupal, mediante los cuales se trabajaría el sentido del yo, la recuperación de la voluntad, la conciencia corporal, la orientación temporal, la psicomotricidad, las habilidades sociales y el manejo del estrés. Antes y después de la intervención se llevaría a cabo una evaluación de cada uno de los usuarios a fin de valorar la eficacia del programa, mediante la Medida de Independencia Funcional (FIM), el Cuestionario de Pfeiffer para evaluar el estado mental (SPMSQ), Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein & col 1978) y el Índice de Katz. En definitiva, con este programa de intervención se pretende aumentar la autonomía e independencia de las personas con esquizofrenia, fortalecer sus relaciones sociales y favorecer su progresiva integración en la sociedad.

**Palabras clave:** esquizofrenia, terapia ocupacional, habilidades sociales, calidad de vida, autonomía.

## ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder that affects millions of people globally and can be very disabling for the person who suffers from it. Although there is currently no cure, with adequate multidisciplinary treatment, a large number of patients can have a relatively normal life, within their conditions. In this sense, the general objective of this work is to design an occupational therapy intervention proposal for people with a diagnosis of schizophrenia, with an age range between 25 and 65 years, who are under psychiatric follow-up and who have adaptation difficulties, autonomy and independence in their daily life. The proposed program consists of 10 workshops, in group format, through which the sense of self, recovery of will, body awareness, temporal orientation, psychomotricity, social skills and stress management would be worked. Before and after the intervention, an evaluation of each of the users would be carried out in order to assess the effectiveness of the program, through the Functional Independence Measure (FIM), the Pfeiffer Questionnaire to evaluate mental state (SPMSQ), Social Skills Scale (A. Goldstein & col 1978) and the Katz Index. In short, this intervention program aims to increase people's autonomy and independence with schizophrenia, strengthen their social relationships and promote their progressive integration into society.

**Keywords:** Schizophrenia, occupational therapy, social skills, quality of life, autonomy

## 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia se define como un trastorno del neurodesarrollo grave cuyo padecimiento es para toda la vida, el cual afecta principalmente la manera en cómo una persona siente, piensa y actúa, generándose así una interpretación distorsionada de la realidad que lo rodea (1).

De esta forma, se entiende como un trastorno mental, en el cual se evidencian alteraciones en distintos aspectos como el área cognitiva, el comportamiento, el área social y emocional además en la realización de las actividades de la diaria (AVD`s).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la esquizofrenia se trata de un trastorno mental severo por el cual se ven afectados alrededor de 21 millones de personas a nivel mundial. En cuanto al sexo, por lo general, se presenta más en hombres y del mismo modo son quienes desarrollan la enfermedad a edades más tempranas en comparación con las mujeres (2).

La esquizofrenia, en el área de la terapia ocupacional, se presenta como una de las patologías con más incidencia dentro de los trastornos mentales, produciendo en consecuencia una pérdida en el desarrollo ocupacional lo que afecta profundamente la autonomía e independencia en las distintas áreas ocupacionales, actividades básicas de la vida diaria como el sueño, higiene, alimentación, etc.; también actividades instrumentales de la vida diaria como el manejo de dinero, cuidado de terceros, etc. (3).

Sabiendo las consecuencias que genera un trastorno de salud mental, en este caso la esquizofrenia, quienes la padecen se les dificulta organizar sus ideas, pueden tener diferentes estados de ánimo entre los que se pueden mencionar la ansiedad, depresión, delirios, retraimiento, entre otros; adicionalmente también presentan distorsión del comportamiento,

del lenguaje, alucinaciones, dificultades para emplear una información, problemas para tomar decisiones, para realizar alguna orden, resaltando en muchos casos la insuficiencia en el desarrollo de sus AVD's, además de otras ocupaciones, considerando de esta forma el significado que tienen estos síntomas en el desarrollo ocupacional favorable y en la calidad de vida de los pacientes (3).

Es imprescindible conocer que la esquizofrenia no posee cura, no obstante, aplicando un correcto tratamiento farmacológico, la sintomatología que presenta este trastorno puede controlarse, creándose una oportunidad para intervenir eficiente y eficazmente con tratamientos no farmacológicos tales como terapia psicológica, terapia física, terapia ocupacional, entre otros, que se destinan a optimizar su autonomía e independencia, favoreciendo su bienestar a nivel general (3).

Conociendo que la esquizofrenia es un trastorno que afecta el sistema cerebral durante todo el transcurso de la vida de la persona, la misma puede ser causada por diversos factores, entre los que se encuentran la genética, modificación de las funciones cerebrales y el entorno, entre otras, reducen las capacidades como el manejo de emociones, pensamientos, discernimiento, modificación de relaciones interpersonales, además de la pérdida del desempeño laboral, ocasionado por la presencia de los síntomas característicos de la enfermedad, entre los que se encuentran pensamientos distorsionados, delirios, alucinaciones y apatía.

Debido al deterioro en relación con el funcionamiento, consecuencia de una cronicidad e identificando los síntomas y derivaciones que influyen en la autonomía e independencia de los pacientes, se hace imprescindible una intervención en el área de la terapia ocupacional, desde un enfoque cognitivo-conductual, donde se incluyan intervenciones en acciones tales como: alimentación, aseo personal, vestido, entre otras acciones que se relacionen con el autocuidado del paciente. Con el fin de modificar los posibles problemas, beneficiando una

mejor calidad de vida. Por tal motivo, en el presente trabajo se presenta un programa de integración sensorial el cual beneficiará la evolución de la interacción con el resto de los pacientes (4).

En definitiva, para los pacientes esquizofrénicos la presencia de terapeutas ocupacionales en su tratamiento es de suma importancia, pues les ayudará a llevar una vida distinta, desarrollarse dentro de la sociedad y siendo relativamente independientes (5). Las actividades que se proponen desde la Terapia Ocupacional van desde lo más sencillo hasta lo más complicado, optimizando la creación de rutinas y hábitos, redireccionando las capacidades, destrezas y habilidades que se ven afectadas por esta enfermedad y otros aspectos tales como los efectos de los fármacos de la terapia administrada, carencia de roles, ausencia de recursos, institucionalización, entre otros, para alcanzar un mayor desarrollo de su autonomía. La Terapia Ocupacional contribuye a que los pacientes alcancen una vida activa, ocupando su mente y reduciendo sus niveles de psicopatología.

## **2. OBJETIVO DEL PROGRAMA**

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo general del presente trabajo es diseñar una propuesta de intervención de terapia ocupacional integral para personas con esquizofrenia.

La intervención a través de un programa de terapia ocupacional permitirá mejorar la calidad de vida de quien padece este trastorno, beneficiando su interacción con las demás personas, disminuyendo la gravedad de sus síntomas y posibles recaídas y mejorando su autonomía e independencia.

Del objetivo general expuesto anteriormente se desprenden una serie de objetivos específicos. Con el programa de intervención desarrollado en el presente trabajo se espera que las personas diagnosticadas de esquizofrenia que participen en este programa sean capaces de:

- Incrementar su conciencia corporal y orientación temporal.
- Entrenar sus habilidades sociales.
- Mejorar su actividad motora y esquema corporal.
- Recuperar su propia voluntad.
- Saber manejar situaciones de estrés.

### **3. POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA EL PROGRAMA**

El programa que se detalla a continuación va dirigido a personas con un diagnóstico de esquizofrenia.

Los *criterios de inclusión* establecidos para poder participar en el programa de intervención son los siguientes:

- Tener un diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, incluyendo cualquier tipología.
- Tener un rango de edad entre los 25 y los 65 años.
- Estar bajo tratamiento psicofarmacológico y seguimiento psiquiátrico.
- Tener dificultades reales de adaptación, autonomía e independencia en su vida diaria.

Como *criterio de exclusión* se establece que la persona tenga, además, otro diagnóstico de trastorno mental asociado.

En síntesis, el programa de intervención estaría dirigido a pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión indicados, con un diagnóstico de esquizofrenia en curso crónico, que se encuentren bajo tratamiento farmacológico y terapia psicológica y que presenten niveles de dependencia comprobados.



La población se encontraría formada por personas con un trastorno de esquizofrenia y cumplan los criterios planteados, las cuales serán tomadas en su totalidad como muestra de estudio, incluyéndolos en grupos lo más homogéneos posible de 5 a 8 personas aproximadamente.

#### **4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

##### **4.1. Fundamentos del programa de intervención**

Los pacientes con un trastorno mental presentan una carencia, daño o ausencia de las capacidades relacionadas con el desempeño ocupacional, por tal motivo, el Marco Referencial Cognitivo Conductual está guiado en la alteración del comportamiento humano acorde a los requerimientos y aspiraciones de la persona, a través de entrenamiento de habilidades, destrezas, enseñanza programada y reorganización cognitiva, consintiendo la identificación de objetivos corto plazo para una intervención adecuada (8).

El programa de intervención que se propone en el presente trabajo está basado en el *Modelo de Ocupación Humana* (13), modelo conceptual para otorgar lineamientos de la aplicación basada en la ocupación. Es considerado un modelo actual encaminado a la ocupación y su aplicación. Pretende revelar la forma en la que la ocupación es generada, desarrollada y organizada. Para su desarrollo se necesita de una relación entre el terapeuta y el paciente, en la cual el terapeuta percibe, respeta y brinda soporte a la capacidad, eficiencia, hábitos, roles y valores, entre otros.

La ocupación humana se define como el cumplimiento de una actividad, un trabajo o juego de la vida cotidiana dentro de un medio físico, sociocultural y temporal, que caracterizan la mayor parte del día a día de la persona. La ocupación es entendida como la ejecución de una labor bajo un contexto y entorno específico. El concepto de ocupación humana fue desarrollado para enfocar la investigación, teoría y práctica sobre la ocupación a

través del cumplimiento de actividades cotidianas, productivas o juegos bajo un entorno sociocultural, temporal y físico, los cuales caracterizan gran parte de la vida diaria del paciente tratado (13). Se basa en tres áreas, las cuales son:

- Labores de la vida cotidiana: Actividades que se necesita para el propio cuidado y auto mantenimiento tales como ir al baño, aseo personal, el baño, limpieza del hogar, entre otros.
- Productividad: Acciones remuneradas o no remuneradas que se realizan para otras personas con un propósito específico, generando ideas, información, conocimiento, soporte, entre otros.
- Juego: Labores seleccionadas de forma libre las cuales comprende las celebraciones, exploración, prácticas de deportes, juegos y la pretensión de querer ejecutar algo.

Los pensamientos, acciones y emociones ocupacionales se generan de la intervención dinámica de la habituación, la volición, la capacidad de ocupación y del medio ambiente. Al considerar todos estos elementos como contribuyentes esenciales dentro de la ocupación, se debe verificar una interacción permanente entre la motivación del paciente, en base a sus roles y hábitos en distintos entornos en los que los mismos se generan (14). La intervención del Modelo de Ocupación Humana es de suma importancia durante el *procedimiento de evaluación de la terapia ocupacional*, cuyo propósito es identificar los intereses y requerimientos del paciente, aplicándose de una forma dinámica e integral. En ella se consideran tres elementos que se relacionan entre sí:

- Habituación: Conducta ocupacional bajo las rutinas o patrones. Cuando un comportamiento se repite bajo un entorno constante, se aprende a prestar atención a los elementos del ambiente que beneficiarán el cumplimiento de la acción que forma

parte del rol o hábito. Esta conducta es conducida por los roles o hábitos que responden a la rutina del ambiente temporal.

- Volición: Es la responsable de la conducta ocupacional y capacidad de poseer comportamiento electivo o voluntario, lo que se evidencia en la definición previamente establecida. Adicionalmente el deseo o la necesidad de actuar, cada individuo tiene ideas y emociones diferentes sobre las distintas actividades realizadas, las cuales son elementales para la volición. Existen ideas y emociones que favorecen la llegada del ser humano a la ejecución de una actividad, las cuales son: intereses, valores y causalidades temporales. Este proceso se desarrolla a lo largo del tiempo, interpretación y experiencias del paciente y selección de las acciones.

Para diferenciar hábitos y roles se deben definir. El hábito es toda tendencia que se adquiere para responder y se desarrolla automáticamente de forma habitual bajo una situación conocida o de forma habitual. Por otra parte, los roles son las labores que establecen las actividades que ejecuta la persona, ya sea de manera grupal o individual, y que se determinan por elementos sociales (15).

- Capacidad de ocupación: es la capacidad de ejecutar las labores a través de los objetivos compuestos mentales, físicos, y la experiencia individual. El desempeño va a depender del sistema neurológico, respiratorio, cardíaco, musculoesquelético, y otros sistemas del organismo. Esta capacidad de desempeño también dependerá de las habilidades cognitivas de la persona, por ejemplo, la memoria. La combinación de lo subjetivo con lo objetivo se puede dar en cualquier momento y los dos favorecen el desempeño. Por ejemplo, el movimiento del brazo para algunas labores de la vida cotidiana como el aseo personal o el vestirse, en el cual se dan dos elementos

importantes, como se realiza el movimiento para ejecutar la acción y el movimiento del brazo en el ambiente. Los dos llegan al mismo fin para alcanzar el propósito (15).

Por otro lado, en el presente programa de intervención se deben considerar los siguientes *abordajes terapéuticos*, fundamentales para una correcta intervención:

- Restitución o reparación: Componente para restituir habilidades o capacidades que la enfermedad ha modificado o que no se han desarrollado en el momento.
- Conservación: Mantener las capacidades de la práctica ocupacional que han sido recuperadas a través de la intervención continua de conservación que favorecerá cubrir los requerimientos optimizando la calidad de vida (9).

Asimismo, la metodología para el desarrollo de la terapia ocupacional a emplear cataloga los *tipos de intervención* en dos categorías (10):

- Empleo terapéutico del Yo: Usado por el terapeuta, colocando ejemplo de la labor a través de su personalidad, tolerancia y discernimiento como elementos del procedimiento terapéutico.
- Empleo terapéutico de labores y quehaceres: Seleccionadas según los requerimientos, gustos y preferencias de cada paciente. Las labores y actividades se seleccionarán en base a los objetivos proyectados que se plantearán para una terapia de intervención eficiente.

En los procesos de intervención aplicados, las *técnicas terapéuticas* empleadas se enfocarán según los requerimientos y necesidades de los pacientes, además de lo que demande las actividades (11).

- Encadenamiento: Constituye comportamientos que ya han sido determinados por los pacientes por algunas más simples a través del fortalecimiento de sus composiciones.

Para la aplicación de la acción existen tres maneras: exposición de la labor completa, adelante y hacia atrás.

- Reforzamiento positivo: Procedimiento que se emplea para fortalecer el comportamiento a través de la manifestación de comportamientos positivos. Se desarrolla el fortalecimiento positivo solo si el comportamiento crece con relación a la línea guía.
- Modelado: Práctica que se emplea para optimizar y/o transformarla enseñanza y comportamientos a través de la observación por medio de un modelo con similitudes con relación a la edad, el sexo, entre otros dependiendo del observador.

Los *métodos terapéuticos* para emplear serán:

- Demostrativo y ejemplificaciones: Le concede al paciente el poder ver la forma de ejecutar las labores por medio de la demostración, la cual luego puedan realizar.
- Práctica y repetición: Se alcanza a través de la repetición de las labores terapéuticas determinadas, logrando que puedan realizarla de manera independiente.

Entre los *modelos terapéuticos* se incluirían: acciones prácticas, acciones elementales del día a día, labores educativas, acciones recreativas y lúdicas, entre otras. las cuales en conjunto benefician la potenciación y el fortalecimiento, de la independencia y autonomía de las labores cotidianas (12).

Por último, serán empleados los siguientes *medios terapéuticos*: Acciones educativas, creativas, recreativas y lúdicas, entre otras, las cuales ayudan a una intervención con dinamismo, tomando en cuenta adicionalmente el entorno y la ocupación como elementos concluyentes durante el procedimiento de rehabilitación.

#### **4.2. Detalle de programa de intervención**

La población se dividirá en grupos homogéneos de 5 a 8 personas como límite máximo. Las actividades en grupo se llevarán a cabo al aire libre pues por las características de las personas con este padecimiento de esta forma se obtendrán mayores beneficios, y en caso de que las condiciones ambientales no lo permitan o se requiera algún material extra se empleará un aula.

El programa de intervención consta de 10 sesiones grupales, las cuales varía su duración según el tema y las actividades a desarrollar, sin embargo, cada sesión puede alcanzar una hora de duración semanal, lo que se traduce en una duración total del programa de dos meses y medio.

Los pacientes que integran este programa lo hacen de forma voluntaria, para ello antes de iniciar se les brinda toda la información concerniente a los objetivos del programa y el contenido del mismo, así como los beneficios esperados al final de la intervención para cada uno de ellos. Para cumplir con los requisitos legales se les hace firmar un acuerdo de consentimiento informado para el resguardo de su identidad y sus datos personales, el cual se muestra en el Anexo 1, dando así cumplimiento a la confidencialidad de este.

En las siguientes tablas (Tablas 3-10) se muestra el detalle de objetivos, metodología y actividades de cada uno de los talleres propuestos en el programa.

**Tabla 3.** Taller “Sentido del Yo”

<b>TALLER “SENTIDO DEL YO”</b>		
Los pacientes esquizofrénicos padecen un daño del sentido del Yo, por lo cual se trata de un taller fundamental, donde se relacionará la parte visual y táctil.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Distinguir entre el yo y el resto.	Actividad grupal. Diaria.	Periódico: mediante recortes de noticias. Cada uno de los pacientes se encargará de una sección del mismo o noticia. La actividad se desarrolla desde la independencia total entre los participantes hasta la

		colaboración entre ellos.
--	--	---------------------------

**Tabla 4.** Taller “Recuperación de la Voluntad”

<b>ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN DE LA VOLUNTAD</b>		
La persona esquizofrénica se caracteriza por la presencia de apatía por lo que la voluntad se encontrará en niveles mínimos.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Recuperar la conciencia de lo que se desea desarrollar y la capacidad para realizarlo. Reestructurar valores a nivel social.	El recuperar la voluntad debe ser trabajado de forma directa e indirecta en el resto de los talleres diseñados.	Capacitar a la persona para: elegir criterios y medios, la discusión-toma de decisiones y la comparación.

**Tabla 5.** Taller “Habilidades Sociales I”

<b>TALLER DE HABILIDADES SOCIALES I</b>		
Los problemas para definir una correcta red de soporte social son comunes en las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Se trata de una intervención que busca reducir las disfunciones interpersonales que se evidencian en los pacientes y se enfoca en optimizar el desempeño de los mismos en la sociedad, reducir su aislamiento, su estrés personal e incrementar las posibilidades de éxito en sus relaciones.		
Para un adecuado desempeño de los roles sociales el entrenamiento en habilidades sociales se trata de un procedimiento sistemático y estructurado de enseñanza de una gran gama de conductas necesarias para un buen desarrollo de roles sociales.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
<p>Incitar la parte táctil, visual, auditiva y propioceptiva.</p> <p>Ocuparse en la empatía y la comprensión hacia el resto de las personas.</p> <p>Reconocer emociones, valores, actitudes y comportamientos propios. Optimizar la comunicación, tanto los elementos verbales como los no verbales. Ejercitar el asertividad</p> <p>Alcanzar habilidades para enfrentar situaciones de conflictivas en su vida cotidiana.</p> <p>Expresar y adoptar emociones, tanto positivas como negativas.</p> <p>Incrementar su autoestima.</p>	<p>Taller grupal</p> <p>Frecuencia: 2 veces a la semana</p> <p>Duración: 1 hora.</p> <p>Grupos abiertos, homogéneos o heterogéneos y activos, acorde a la actividad.</p>	<p>Taller de expresión corporal: la misma se trata de una disciplina cuyo propósito es el comportamiento motriz con un fin comunicativo, expresivo y estético en la que el cuerpo, los sentimientos y el movimiento son herramientas básicas. Entre sus características se encuentra la falta de modelos cerrados de respuesta y por el empleo de métodos no directivos sino benefactores de la imaginación y la creatividad, cuyas labores procuran la expresión o exteriorización de emociones, ideas y sensaciones, la comunicación de los pacientes y el desarrollo del sentido del movimiento. Los propósitos que</p>

Integrarse en labores comunes, laborales y/o de juegos. Constituir y/o optimizar una correcta red de apoyo social. Optimizar el control del estrés.		pretenden son el encuentro del bienestar con su propio cuerpo (desarrollo personal) y el descubrimiento y/o enseñanza de significados corporales.
---	--	---

**Tabla 6.** Taller “Conciencia Corporal”

<b>ACTIVIDADES DE CONCIENCIA CORPORAL</b>		
La conciencia corporal es uno de los aspectos que igualmente se encuentra afectada en estos pacientes.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Tomar conciencia del propio cuerpo, desigualándose del resto.	Taller de psicomotricidad: adiestramientos de somatognosia verbal definiendo las diferentes partes del cuerpo y figuras.	Actividad física: ejecución de diversas actividades físicas, bien sea dentro del taller de psicomotricidad, trabajo, jardinería, excursión, entre otros.

**Tabla 7.** Taller “Orientación Temporal”

<b>ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN TEMPORAL</b>		
La falta de orientación temporal y la ruptura con la realidad son dos constantes en los pacientes con esquizofrenia, por lo cual igualmente son áreas elementales por tratar en un adecuado programa terapéutico.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Alcanzar sentido de la realidad. Recobrar la orientación temporal	Sellar rutina: ejecutar diariamente un conjunto de actividades diferentes y repetición de esa planificación semanalmente.	Durante la planificación se distinguen evidentemente la mañana y la tarde, además de los días laborales de los sábados, domingos y festivos. Taller de psicomotricidad: dentro del mismo se desarrollan tareas psicomotrices relacionadas con el manejo temporal. Alcanzando manejo emocional, pérdida de la apatía, relajación, y comunicación.

**Tabla 8.** Taller “Habilidades Sociales II”

<b>TALLER DE HABILIDADES SOCIALES II</b>
--



<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Tomar conciencia del cuerpo Trabajar el contacto con más personas	Parte del paciente mediante ejercicios corporales de preparación, para posteriormente continuar trabajando desde un enfoque de juego grupal que favorezca el contacto del paciente con el ambiente, con sus compañeros y su terapeuta.	1) Motivación: es dirigida por el terapeuta que incita un clima de confianza en toda la clase y presenta problemas. 2) Preparativos para la dramatización: el terapeuta brinda los datos requeridos para la representación, presentando cual es el conflicto, los personajes que actúan y la situación a dramatizar. 3) Dramatización: todos los alumnos se poseionan en su rol e inicia la acción. 4) Discusión: se valoran y analizan los distintos espacios del conflicto planteado y se realizan las preguntas acerca del problema dramatizado. Se puede pedir que los pacientes que han representado del problema expresen sus opiniones y manifiesten sus sentimientos.

**Tabla 9.** Taller “Manejo del Estrés”

<b>TALLER DE MANEJO DEL ESTRÉS</b>		
Conocer sobre el manejo del estrés no sólo resultará positivo para el mismo paciente, sino también para sus relaciones sociales y sus familiares.		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
Identificar las causas que provocan el estrés y sus consecuencias. Aprender soluciones para controlarlo y mantenerlo a un nivel correcto. Optimizar la tranquilidad y la productividad. Manejar las emociones. Optimizar las relaciones interpersonales.	Taller grupal Grupo activo, abierto, activo y homogéneo como heterogéneo. Frecuencia: una vez a la semana. Duración: 1 hora Técnicas de relajación: relajación progresiva y entrenamiento autógeno de Schultz, además de ejercicios de respiración.	Otras actividades: de forma indirecta se puede trabajar el control del estrés con el arte, la musicoterapia, entre otros. Discusión: puesta en marcha de potenciales soluciones para el control del estrés, estudiando la conducta (pasiva, asertiva y agresiva).

**Tabla 10.** Taller “Psicomotricidad”

<b>TALLER DE PSICOMOTRICIDAD</b>		
<p>Puede definirse como una herramienta para el desarrollo, mediante el movimiento y la acción corporal, tanto a la persona en todo su conjunto.</p> <p>Los trastornos psicomotores, en la salud mental, pueden ser parte de la sintomatología propia de la enfermedad u ocasionarse como efecto secundario de la farmacología. Se suele alterar la actividad motora y el esquema corporal, destacándose tanto una excitación motora como una inhibición psicomotriz.</p>		
<b>Objetivos</b>	<b>Metodología</b>	<b>Actividades</b>
<p>Fortalecer la concentración, atención, memoria y relajación en el corto plazo. Ayudar en la seguridad y confianza en sí mismo.</p> <p>Mejorar la expresión.</p> <p>Favorecer la socialización, la colaboración y la comunicación.</p> <p>Promover las relaciones interpersonales</p> <p>Establecer reglas.</p> <p>Favorecer el lenguaje corporal y encausar así las emociones y sentimientos.</p> <p>Desarrollar el equilibrio, la coordinación bimanual, los reflejos, el desplazamiento del cuerpo, la inhibición-expectancia y el desplazamiento de objetos.</p>	<p>Taller grupal, de 6 a 8 pacientes.</p> <p>Grupo abierto, activo y por lo general homogéneo</p> <p>Frecuencia: 3 veces por semana</p> <p>Duración: 1 hora</p> <p>Se desarrolla en una sala amplia, acomodada para el desarrollo de los ejercicios, con un espejo grande.</p> <p>Material: pelotas de diferentes colores y tamaños, aros, picas de colores, música y colchonetas.</p>	<p>1- Ejercicios de calentamiento: mediante los cuales se pretende poner en marcha el aparato locomotor en conjunto (músculos, articulaciones, entre otros) y inducir al paciente para el desarrollo de actividades que se ejecutarán a continuación, mediante estos ejercicios se alcanza un grado de desinhibición y relajación.</p> <p>2- Desarrollo de la sesión: En cada una de las sesiones se trabajarán diferentes componentes de la psicomotricidad.</p> <p>3- Relajación: Se emplearán técnicas como la autógena de Schulz o la relajación progresiva de Jacobson.</p>

## 5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Antes de comenzar la intervención y al finalizar la misma se realizará una evaluación a cada uno de los participantes, a fin de evaluar si se han cumplido criterios de mejoría y comprobar la eficacia del programa (16) (18).

Los instrumentos de evaluación que se aplicarán son:

- **Medida de Independencia Funcional (F.I.M)** (17)

Se trata de una escala diseñada en la década de los 80 por un congreso de rehabilitación americano y por la Academia de Medicina de Rehabilitación y Física Americana, esta escala permite alcanzar información tanto a nivel psicológico, físico, y que involucra la parte social, el mismo comprende 18 ítems dentro de 6 niveles de funcionalidad, del cual se alcanza información sobre los niveles de independencia cognitiva y motora del paciente, siendo el puntaje mayor 7 lo que se considera como independencia completa y la ponderación 1 como asistencia total, generando una suma de 18 como mínimo y 126 como máximo. La escala cubre manejo de esfínteres, cuidado personal, locomoción, movilidad, cognición social y comunicación durante las labores de la vida cotidiana (17) (19) (véase Anexo 2).

- **Cuestionario de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (20)**

Se trata de un cuestionario que fue desarrollado en el año 1975, donde es detectada la existencia y el nivel de daño cognitivo, donde se evalúa la memoria a largo y corto plazo, informaciones de hechos de la vida diaria, orientación y capacidad de cálculo. Se conforma por 10 ítems, que se marcan con una x aquellas respuestas equivocadas, y que representan de 0 a 2 errores como normales, de 3-4 errores equivale a un daño cognitivo leve, 5-7 errores corresponde a un daño cognitivo moderado y de 8 a 10 como errores de un daño severo (20). Como ya se mencionó dicho cuestionario valora el grado de daño cognitivo (21).

- **Índice de Katz (22)**

Un equipo multidisciplinar durante el año 1959 (terapistas físicos, terapistas ocupacionales, enfermeros, médicos, y asistentes sociales), que se encontraban dirigidos por Sidney Katz, publicaron el primer boceto del índice, luego en el año 1963 se publicó el Índice de Katz. Dicha escala permite evidenciar el estado funcional de las labores de la vida cotidiana. Se conforma por 6 ítems: Vestirse, Traslados, Alimentación, Continencia, Uso del baño y retrete, generando como resultado superior la A que significa independiente en

continencia, alimentación, uso del retrete, bañarse, vestirse, movilidad, y como valor mínimo la H dependiente en mínimo dos funciones, pero sin ser calificables como F, E, D y C (22).

Dicha Escala de Katz, nos permite valorar la capacidad elemental de la persona para su auto cuidado, las cuales se denominan Actividades de la vida diaria básicas (AVDB). El literal B es independiente para todas las funciones de la A, a excepción de una. C independiente para todas a excepción de bañarse y otra función. D independiente para todas excepto a vestirse y bañarse y otra función. F independiente para todas a excepción de vestirse, bañarse, movilidad y uso del retrete además de otra función adicional. G dependiente de las seis funciones. Otra forma de ponderar se conforma por los grados A-B o 0-1 puntos que corresponde con la carencia de incapacidad o una incapacidad leve, la clasificación C-D o de 2-3 puntos que son equivalentes a incapacidad moderada y la clasificación E-G o 4 -6 puntos que se clasifica como incapacidad crónica (23).

En función de los resultados obtenidos en estas tres pruebas, se establecerán diferentes niveles de discapacidad (véase Anexo 3), a fin de poder incluir a los usuarios en grupos homogéneos acordes a su nivel.

- **Escala de Habilidades Sociales (A. Goldstein & col. 1978)**

Para Goldstein, las habilidades sociales son un conjunto de habilidades y capacidades (básicas y complejas) para el contacto interpersonal y la solución de problemas personales, sociales o emocionales. Estas habilidades y capacidades se aplican en actividades básicas e instrumentales que realizamos en la vida diaria.

Las habilidades sociales son un conjunto de estrategias de conducta y la capacidad para aplicar estas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de manera efectiva, es decir, beneficiosa para el sujeto y para el contexto social en el que está.

Permiten expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de modo adecuado a la situación en la que el individuo se encuentra mientras respeta las conductas de los otros. Así, nos hacen mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

Estos comportamientos son necesarios para interactuar y relacionarse con los demás de forma efectiva y mutuamente satisfactoria.

Existen varios tipos de habilidades sociales, básicas y complejas. Las básicas son escuchar, iniciar una conversación, formular preguntas, presentarse, realizar un cumplido entre otras; digamos que estas son básicas ya que una vez las tienes en tu conducta es más sencillo aprender las complejas.

Las habilidades sociales complejas son aquellas que implican un grado más de relación con otra persona, es decir que es una conducta que implica no solo una acción de la propia persona, sino en conjunto con alguien más. Estas pueden ser la empatía, asertividad, capacidad de escucha, negociación, entre otras.

## 6. PRESUPUESTO

En la tabla 11 se muestra la estimación de gastos asociados a la puesta en práctica del programa de intervención propuesto en este trabajo. El detalle concreto de materiales puede consultarse en el Anexo 4.

Tabla 11. Estimación de gastos (en euros)

Ítem	Material	Subtotal
1	Materiales de oficina	30

2	Materiales de higiene y arreglo personal	20
3	Materiales terapéuticos	60
4	Salario Terapeuta Ocupacional	1450
5	Otros gastos	200
6	Total	310

### **Factibilidad de recursos físicos**

- Centro clínico
- Otros espacios del centro: jardines, talleres, patio, entre otros.

### **Plan de financiación:**

Para cubrir con el presupuesto requerido para poder desarrollar la investigación se optará por realizar la solicitud al Instituto Carlos III de una beca para proyectos de investigación que ofrecen por medio del Ministerio de Economía y Competitividad.

## **7. REFERENCIAS**

1. National Institute of Mental Health. *National Institute of Mental Health*. [Internet]. 2021 [citado marzo 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/index.shtml>
2. Organización Mundial de la salud (OMS). *Organización Mundial de la Salud*. [Internet]. 2021 [citado 4 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

3. Celleri I, Garaicoa M. Desempeño ocupacional en mujeres adultas con esquizofrenia. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Terapia Ocupacional.; 2020.
4. Abad P. Habilidades sociales en esquizofrenia. Programa de Integración Sensorial. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Tecnología Médica; 2016.
5. Rivas-Garibay T, Olvera-Romero T, Ferman-Cruz T. Utilidad de la terapia ocupacional en pacientes psiquiátricos. *Revista Neurología y Psiquiatría*. 2011;(1).
6. American Psychiatric Association. DSM - 5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson; 2014.
7. CIE-10. *Guía de bolsillo de la clasificación cie-10*. 1992. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
8. AOTA. *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional*. (2014).
9. Rodríguez C. Terapia Ocupacional en Salud Mental. *Ocronos - Revista Médica Y De Enfermería*. 2019.
10. Sánchez P. *Terapia ocupacional en salud mental - Teoría y técnicas para la autonomía personal*. 2013.
11. De las Heras C. Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana. 1º y 2º parte. Santiago de Chile: Editorial Reencuentros; 2012.
12. Cheryl L, Johnson-Ecker L, Parham P, The evaluation of sensory processing: A validity study using contrasting groups, *Revista The American Journal of Occupational Therapy*. 2010; 54(5) 494 – 503.

13. Gary D. *Modelo de Ocupación Humana Teoría y aplicación 4ta Edición*. Editorial Médica Panamericana; 2011.
14. King L. Occupational Therapy Practice, Movement: Body and Mind.2010; (4): 12-22.
15. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. EE. UU, Editorial Masson.2015.
16. Acebedo- Afanador M., Aznar-Díaz I e Hinojo-Lucena F. Instrumentos para la Evaluación del Aprendizaje Basado en Competencias: Estudio de caso. *Informacion Tecnologica*.2017;28(3) pp. 107-118. Obtenido de: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v28n3/art12.pdf?fbclid=IwAR3ICmX8KW\\_EAVe91YRu\\_xS8kwqUQIICq75-cyNZOb6kNzedNMyRVR-Jpens](https://scielo.conicyt.cl/pdf/infotec/v28n3/art12.pdf?fbclid=IwAR3ICmX8KW_EAVe91YRu_xS8kwqUQIICq75-cyNZOb6kNzedNMyRVR-Jpens)
17. Hamodi C., López V, López A. Medios, Técnicas e instrumentos de evaluación formativa y compartida del aprendizaje en educación superior. *Perfiles educativos*. 2015; 37 (147)pp.146-161 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982015000100009&fbclid=IwAR2um5jS81fSLoxYmvM3aEgOJNn-8yEVdOde9klu9F8B8aO-TxbSj3DhtAQ](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982015000100009&fbclid=IwAR2um5jS81fSLoxYmvM3aEgOJNn-8yEVdOde9klu9F8B8aO-TxbSj3DhtAQ)
18. Rozo A y Jiménez A. Medida de la independencia funcional con escala FIM en los pacientes con evento cerebro vascular del hospital militar central de Bogotá en el periodo octubre 2010-mayo2011. *Revista Med de la Facultad de Medicina*. 2013; 21(2).
- 19.Moya D y Matesanz, B. La teoría de la integración sensorial. En XVII Congreso de Sociedad Española de Rehabilitación infantil. [Consultado 3 de marzo de 2021]. Disponible en: [www.seri.es/.../3-ponencias?download=74:integracion-sensorial-metodo-a](http://www.seri.es/.../3-ponencias?download=74:integracion-sensorial-metodo-a)
20. Demencia, U. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia.*ScienceDirect*(2011)



21. Ávila A., Martínez R., Matilla R. Máximo M., Méndez B., Talavera M, et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ª ed. 2010. 85pp. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>.
22. Hernández D. Escala de evaluación funcional de Katz. *Biomecánica*. 2020. Obtenido de: [sld.cu/sitios/rehabilitacion-bio/temas.php?idv=21897#:~:text=Escala%20Funcional%20de%20Katz%3A,para%20cuidar%20de%20ella%20mism](http://sld.cu/sitios/rehabilitacion-bio/temas.php?idv=21897#:~:text=Escala%20Funcional%20de%20Katz%3A,para%20cuidar%20de%20ella%20mism)
23. Ruiz Mª., Núñez J., Jódar R. y Meana R. *Calidad de vida y esquizofrenia*. Madrid, Editorial Edita AMAFE.2008.



## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento informado

Apellido y nombre del paciente ..... D.N.I: .....

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo con las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará una intervención orientada a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo con lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevará a cabo con una periodicidad de.... Las sesiones tienen una duración promedio de ... minutos en la intervención individual, y de ... minutos en el caso de la modalidad grupal, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración de la intervención será de aproximadamente... Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos sesiones seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono de la intervención, dándose por finalizada la misma.

Lugar.....

Fecha...../...../.....

Firma del Paciente

Nº de Colegiado:

Firma del Profesional

## **Anexo 2: Medida de Independencia Funcional (F.I.M)**

**APELLIDO Y NOMBRE:**

**D.N.I.:**

**Nº AFILIADO:**

**DIAGNOSTICO:**

**EDAD:**

Deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación y / o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los ítems incluyen tanto a los pacientes motores como a los mentales, así como aquellas patologías mixtas.

**Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.**

<b>TABLA DE PUNTUACION DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL</b>	
<b>Independiente</b>	<b>Puntaje</b>
Independiente Total	7
Independiente con adaptaciones	6
<b>Dependiente</b>	<b>Puntaje</b>
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente.	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

Ítem	Actividad	Puntaje
	<b>Autocuidado</b>	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	<b>Control de esfínteres</b>	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	<b>Transferencias</b>	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas.	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	<b>Locomoción</b>	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	<b>Comunicación</b>	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	<b>Conexión</b>	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
	<b>PUNTAJE F.I.M. TOTAL</b>	

### **Anexo 3: Niveles de discapacidad**

**Función:** Mantener y/o mejorar habilidades, capacidades y destrezas, optimizando el desempeño ocupacional por medio de la participación en diversas actividades alcanzando el máximo nivel de independencia y autonomía.

**Población:** Hombres y Mujeres adultos entre 25 a 65 años con diagnóstico de esquizofrenia.

**Detalle de la guía:** Con la finalidad de favorecer una adecuada aplicación de la guía, se consideraron 3 niveles de desempeño que corresponden a las siguientes características:

- **Discapacidad leve:** Aquellos usuarios que pertenecen al grupo A-B o 0-1 de acuerdo a los resultados del Índice de Katz; dentro de la Medida de Independencia Funcional (F.I.M) los que presentan un puntaje de 85 a 126 puntos y quienes poseen de 0 a 4 errores referente al Cuestionario de Pfeiffer.

- **Discapacidad moderada:** Aquellos usuarios que pertenecen al grupo C-D o 2-3 de acuerdo a los resultados del Índice de Katz; dentro de la Medida de Independencia Funcional (F.I.M) los que presentan un puntaje de 43 a 84 puntos y con respecto al Cuestionario de Pfeiffer quienes poseen de 5 a 7 errores.

- **Discapacidad severa:** Aquellos usuarios que pertenecen al grupo E-G o 4-6 de acuerdo con los resultados del Índice de Katz; dentro de la Medida de Independencia Funcional (F.I.M) los que presentan un puntaje de 18 a 42 puntos y quienes poseen de 8 a 10 errores respecto al Cuestionario de Pfeiffer.

## **Anexo 4: Detalles de materiales y recursos necesarios para la ejecución del programa**

### **Recursos Materiales**

- Hojas
- Hoja de trabajo
- Instrumentos de evaluación
- Tarjetas de anotaciones
- Hojas A4
- Esferas o pelotas
- Colchonetas
- Telas
- Libros

### **Recursos Técnicos**

- Escritorio
- Computadora
- Pendrive
- Impresora
- Cartuchos
- Información de internet

### **Recursos Bibliográficos**

- Internet
- Textos
- Folletos
- Libros
- Revistas

