

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2019/2020

TRABAJO FIN DE GRADO

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE  
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO MEDIANTE EL MODELO KAWA

OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION IN A SCHIZOAFFECTIVE  
DISORDER USING THE KAWA MODEL

**Autor/a:** Nerea Gomez Miguel

Director 1. Mercedes Miguelena Bobadilla



## ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.OBJETIVOS.....	8
2.METODOLOGÍA.....	8
3.DESARROLLO/RESULTADOS.....	9
3.1.RESULTADOS .....	14
3.2.DISCUSIÓN.....	15
4.CONCLUSIONES.....	16
5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	17
6.ANEXOS .....	21



**RESUMEN:**

El trabajo se basa en una intervención de Terapia Ocupacional en una usuaria con trastorno esquizoafectivo mediante el Modelo Kawa. Se comprueba la existencia de beneficios en su aplicación y se realiza una comparación con los modelos que más se utilizan en el campo de la salud mental, el Modelo de Ocupación Humana y el Modelo Canadiense.

**ABSTRACT:**

The work is based on an Occupational Therapy intervention in a user with schizoaffective disorder using the Kawa Model. The existence of benefits in its application is verified and a comparison is made with the models that are most used in mental health field, the Human Occupation Model and the Canadian Model.

---

*Palabras clave: Modelo Kawa/Kawa model, trastorno esquizoafectivo/schizoaffective disorder.*

## 1. INTRODUCCIÓN

Definimos la terapia ocupacional como “la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (1). También, podemos encontrar otra definición que dice así: “es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre hacia la actividad seleccionada, para promover y mantener la salud, prevenir la incapacidad, evaluar el comportamiento, y tratar o adiestrar los pacientes con disfunción física o psicosocial” (2). Teniendo en cuenta esta definición, la terapia ocupacional como arte, es la aplicación concreta de la actividad terapéutica donde se aportan elementos no enmarcados en el campo científico, elementos que tienen el mismo valor de originalidad y creatividad (3).

El origen de la utilización terapéutica de la ocupación, y por lo tanto, las raíces de la disciplina, lo encontramos en el ámbito de la salud mental (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado del bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, y trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad” (5). Por lo que, la salud mental está vinculada directamente con múltiples dimensiones de las ocupaciones humanas y de cada acto de la vida diaria.

La mirada del terapeuta ocupacional se tiene que desarrollar hacia una visión multidimensional de las relaciones entre las personas y los entornos comunitarios, entre cada persona y sus espacios y entornos (6).

Son varios los centros y recursos donde desde terapia ocupacional se trabaja con personas con trastorno mental, para favorecer y darles la oportunidad de desempeñar actividades personales y culturalmente significativas. Esos escenarios son: los centros de salud de atención primaria, centros de salud mental, hospital de día, centros de día, etc. En este trabajo se explica este último, ya que la intervención se realiza con una usuaria de un centro de día.

Estos centros son diurnos, donde se realizan actividades de ajuste a la vida diaria, que minimizan las condiciones de discapacidad y modifican la respuesta social, y ayudan en la mejora de calidad de vida de la persona.

La población de estos centros se caracteriza por presentar enfermedades mentales graves, diagnosticadas frecuentemente de esquizofrenia y otras psicosis graves o crónicas, como el trastorno esquizoafectivo (7).

El trastorno esquizoafectivo fue nombrado por primera vez por Kasanin (8). Se define como la superposición temporal de un periodo activo de síntomas similares a la esquizofrenia y un síndrome afectivo completo, ya sea maníaco o depresivo (9). Ambos grupos de síntomas no siempre ocurren de forma simultánea, aparecen durante una parte sustancial de la evolución de la enfermedad y suponen un deterioro respecto al funcionamiento previo individual (10). La razón de esa heterogeneidad podría deberse a alteraciones de diferentes niveles, ya sean anatómicos, químicos, o a las alteraciones que puedan darse en los mecanismos de control entre los diferentes sistemas de neurotransmisión (11).

Su prevalencia en la población general es del 0'5-0'8% presentándose más frecuentemente en el sexo femenino (12).

Un paciente esquizoafectivo puede presentar cualquier síntoma de los atribuidos a esquizofrenia (alucinaciones o delirios) (10) y suelen aparecer de manera brusca, coincidiendo con la instauración del trastorno esquizoafectivo. También pueden fluctuar de forma conjunta con los síntomas afectivos, o bien de manera independiente, provocando la predominancia de la sintomatología psicótica en algunas ocasiones, o bien, la superposición del cuadro afectivo en otras. Lo habitual es que la sintomatología psicótica ceda de forma previa a la sintomatología afectiva (11).

La presencia de síntomas psicóticos es necesaria para considerar a un paciente esquizoafectivo (10).

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se ha sometido a cambios en las diferentes ediciones del Manual diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Sigue siendo controvertido debido a la poca fiabilidad, la

baja estabilidad, la validez débil y la aplicación excesiva en la práctica. Aún así, el DSM-5 continúa separando el trastorno del estado de ánimo de los trastornos del espectro de la esquizofrenia (13).

Para trabajar con personas con trastorno mental grave, se utilizan modelos de práctica que proporcionan representaciones mentales para comprender cómo las personas eligen, experimentan y realizan sus ocupaciones.

Cada centro o recurso utiliza un modelo diferente, dependiendo de la persona con la que se quiere trabajar, los recursos disponibles para la compra de las evaluaciones, etc. Los modelos más utilizados hoy en día, por parte de muchos profesionales son el Modelo de Ocupación Humana y el Modelo Canadiense de desempeño ocupacional. Ambos modelos poseen un mayor rigor científico, influencia e internacionalidad. Sin embargo, otros modelos nos proporcionan interesantes visiones complementarias del desempeño ocupacional y sobre cómo el entorno social y cultural influye en él. Como por ejemplo el **modelo Kawa**, que es en el se centra este trabajo.

Este modelo surgió del contexto social japonés (14) desarrollado por terapeutas japoneses y canadienses (15) para adaptar el significado de ocupación en los países orientales (16). Utiliza conceptos extraídos del léxico japonés. La utilización de la naturaleza como metáfora común crea un foco de armonía entre el sujeto y el contexto (14).

El modelo trata de privilegiar al sujeto para que denomine y explique sus propios conceptos, en sus propias palabras y a su manera (17). Pretende estudiar y respetar la cultura de las personas, refiriendo que no existe un tratamiento universal, centrándose en contextos que dan forma e influyen en la vida diaria de las personas (18).

Consta de varias estructuras y componentes. La más importante es el **agua o "Mizu"** en japonés, que es el concepto unificador. Se utiliza metafóricamente para representar (14) la vida y la salud de la persona, la energía o flujo vital del sujeto (19). Es el elemento que agrupa las rocas, paredes y lecho, y el resto de las partes del conjunto. De la misma forma, varía de dirección, velocidad, volumen y claridad de su corriente, dependiendo de los elementos que le rodean y condiciones (14). Así como las

vidas de las personas son acotadas y moldeadas por su entorno y circunstancias, los elementos del río, de manera similar afectan el volumen, forma y cauce del agua (15).

El principal objetivo de la terapia ocupacional es mejorar ese flujo vital (14).

Las siguientes estructuras son las ***paredes del río, kawa no sokuheiki*** en japonés, y el ***lecho del río, kawa no zoko***, que representan el entorno del sujeto. Cuanto más grosor tengan las paredes y el lecho del río, la corriente entrará en peligro, pero cuánto menos grosor tenga, mejor fluirá. Otros de los componentes más importantes son las ***rocas, iwas y troncos ryuboky***. En las primeras hay que tener en cuenta el número, forma y situación en el río están determinadas por el sujeto o sujetos (14). Existen en todos los tamaños y se ven principalmente como negativas, y cuando se agrupan esas rocas con otros materiales, es cuando se afecta el flujo del agua.

Los troncos representan el tema personal del sujeto, como valores (honestidad), carácter (terquedad), personalidad (reservado, extrovertido), habilidad especial (carpintería), inmaterial (amigos, hermanos), y material (riqueza) activos y situación de vida (rural y urbana, compartida, etc.) que pueden afectar positiva y negativamente al usuario y flujo de vida (19).

Por último, tenemos ***los espacios entre las obstrucciones***. Se llaman ***sukima***, y son la promesa de la terapia ocupacional. Son espacios, a través de los cuales la energía vital del usuario continúa su flujo (14), erosionando las rocas y las paredes y el fondo del río, que con el tiempo los transforman en conductos más grandes para el flujo de vida. Estos son representativos de "ocupación" (19).

La naturaleza del modelo Kawa ayuda a crear una doble vía de diálogo entre el/la terapeuta y el/la usuaria, creando oportunidades de debates abiertos sobre el proceso de intervención en donde el/la usuario/a se vuelve autosuficiente con la facilitación del/a terapeuta (20).

## 1.1. OBJETIVOS

1. Conocer el modelo Kawa y su intervención en un caso de trastorno esquizoafectivo.
2. Relatar la intervención de terapia ocupacional y los resultados obtenidos mediante el modelo Kawa en un caso de trastorno esquizoafectivo.

## 2. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos, como Dialnet, Pubmed y Scopus. También en Alcorze, buscador bibliográfico de la Universidad de Zaragoza. Como criterios de búsqueda se han utilizado las palabras clave "Terapia Ocupacional/Occupational Therapy" AND "Salud Mental/Mental health" AND "Kawa Model/Modelo Kawa". Al no dar con muchos resultados, se ha decidido realizar la búsqueda por partes: "Terapia Ocupacional/Occupational Therapy" AND "Kawa Model/Modelo Kawa"; "Modelo Kawa/Kawa Model" AND "Salud Mental/Mental Health"; "Terapia Ocupacional" AND "Trastorno esquizoafectivo"; "Trastorno esquizoafectivo".

Como criterios de inclusión, se han seleccionado los idiomas inglés y castellano, y los publicados desde el año 2014. Tras leer el resumen de varios artículos, se han excluido los que no se ajustan a los objetivos de la revisión, y se ha aumentado la búsqueda de publicaciones anteriores al 2014, porque no se han encontrado grandes resultados. Finalmente los artículos/libros seleccionados han sido 26.

En esta intervención se ha usado el modelo Kawa en una usuaria con trastorno esquizoafectivo, porque al Terapeuta Ocupacional le da una libertad que otros modelos no dan, ya que no tiene una forma "correcta" de usar y aplicar, no hay una forma estándar para interpretar, ni ningún instrumento ni test ligado a él (19). Es susceptible de cambio por los terapeutas (14).



Tras realizar la historia ocupacional se realiza la intervención. Ésta se basa en un diagrama de un río, como se ha explicado anteriormente en la introducción. El problema de quién pinta es una importancia secundaria. La sugerencia principal fue que tanto la usuaria como la terapeuta ocupacional producen el diagrama (19). En este caso, el río lo dibuja la usuaria junto con la Terapeuta Ocupacional, expresando los problemas y habilidades que la mujer considera que tiene para así realizar una adecuada intervención. Se van a realizar dos diagramas, uno en julio, y el otro a los 6 meses, en enero, por lo que la intervención se basa en dos evaluaciones, que nos permite comparar los resultados, para argumentarla mejoría o no de la usuaria.

### 3. DESARROLLO/RESULTADOS

La idea de este trabajo surgió en julio del 2019 en unas prácticas voluntarias; fue la sugerencia de mi tutor la que me animó a realizar una intervención mediante el modelo Kawa.

#### *Historia ocupacional de la usuaria*

---

Se trata de una mujer de 67 años de edad, que desde su juventud ha sido atendida por patología psiquiátrica, con ingresos por gestos autolíticos graves.

A los 35 años, en uno de los ingresos, fue diagnosticada de trastorno esquizoafectivo. Y diez años después, se le derivó a un centro de día como apoyo y contención en su día a día.

En cuanto a su historia ocupacional, nació en un pueblo de Vitoria donde convivió con su padre, madre y hermano, teniendo con los dos últimos problemas de convivencia desde la infancia.

A los 10 años se mudaron a Vitoria, donde su padre falleció. Estuvo interna hasta los 18 años, obteniendo resultados académicos nefastos. Al morir su madre, trabajó como recepcionista en una clínica dental durante 15 años, el cual dejó por ideas delirantes en relación a una compañera.

Después se dedicó seis años y medio a la limpieza. Dejó el trabajo por la misma causa que el anterior, y en esta época es cuando acude al psiquiatra.

En cuanto a su entorno social, vivía con su hermano y su esposa. Al tener una mala relación con su hermano desde la infancia, esto provocaba una relación conflictiva y tensa. Al morir su hermano aparecieron los sentimientos de culpa y siguió conviviendo con la cuñada hasta que en el año 2016 se mudó a un apartamento tutelado.

Hoy en día, piensa que su cuñada entra a su casa y le roba. Carece de redes de apoyo y falta de afectividad, ya que no tiene ninguna amistad. Aun así, la pintura le ayuda a no sentir ese vacío.

Presenta dificultad en ciertas AIVD y ABVD (autocuidado, orientación, utilización de servicios, administración económica, toma de medicación) por los problemas sanitarios que interfieren. También presenta, alteraciones conductuales, trastornos del sueño y tendencia a la fuga.

La usuaria muestra un grado 2 Nivel 1 de dependencia con un reconocimiento de minusvalía del 59%.

### *Intervención*

---

En este apartado, el lenguaje va a ser un tanto coloquial, porque se explica el diálogo mantenido con la usuaria, para observar las dificultades que se han llevado a cabo en el transcurso de la intervención.

Antes de comenzar, le expliqué la metáfora del modelo, informándole sobre el significado de cada componente. Ella me entendió y empezó a dibujar el río.

Dibujó unos montes antes del agua, “para hacerlo bonito” como ella dijo. Dibujó un río recto, sin anchuras ni estrecheces. El segundo componente que dibujó fue una piedra, en la cual reflejó a su hermano. Seguido a esa piedra dibujó más, explicando el sentimiento de culpabilidad que tiene hacia él y su trato en la infancia.

La usuaria iba escribiendo al lado de las piedras lo que significa, para dejar claro cada uno de los problemas, pero como lo hacía con lentitud, propuso que redactara yo lo que ella decía, porque tenía hambre y quería ir a comer.

Una vez dibujada una fila de piedras, le propuse que dibujara un tronco, visto que se empezó a frustrar al ver tanta piedra. En ese tronco reflejó el buen aguante que tiene para hacer frente a las situaciones y para un buen trato con las personas, como comentó que "hay compañeros/as que no soporto en este centro".

La usuaria muestra una gran tendencia a evadirse del diálogo por lo que con frecuencia, tuve que reconducir éste. Continuando con los troncos comentó que le gustaba la "lectura fácil", se trata un programa que realizan en el centro al que acude. Le gusta porque le ayuda a respetar a los demás, al tener que esperar unos turnos de habla, y porque le ayuda a fomentar la expresión a la hora de escribir, cosa que agradece, ya que le escribe cartas a su prima quien le responde muy esporádicamente. Asimismo, acude a un programa de gimnasia que también le gusta porque corporalmente se siente más ligera.

Al mencionar a su prima, regresó al tema de su hermano. En base a ello, dibujó otra piedra enorme en medio del río. En esta piedra, expresó otra vez su culpabilidad, y dibujó otras 3 piedras debajo, explicando que ella cuando ve las fotografías que tiene de pequeña junto con su padre, se pone triste. Seguidamente, comentó que piensa que su cuñada le entra en casa a robar, a lo cual respondí que eso no podía ser, porque en ese piso tutelado hay un portero y no deja entrar a nadie, por lo que ella se tranquilizó. Como se puede ver, hay una dificultad de seguimiento del diálogo, puesto que cambia de tema de un momento a otro. Esto es por la falta de un hilo conductor para poner un poco de coherencia en la conversación, pues no es capaz de seguir un orden de ideas, porque, no hay que olvidar que estoy tratando con una usuaria con trastorno mental grave.

Me explicó que ella desayuna y cena pocas veces, por lo que le propuse que dibujase una piedra, ya que suponía un problema. Me miró mal, pero siguió contando que tiene varios dibujos pintados por ella. Cómo he mencionado

antes, el diálogo es desestructurado, es complicado mantener una conversación adecuada. Le pregunté si le gustaba pintar y ella me dijo que sí, que suele apuntarse a talleres de arte cuando el centro los propone y que le ayuda a relajarse, por lo que dibujó otro tronco. Asimismo, comentó que tenía poca creatividad así que dibujó una piedra al lado **(ver anexo 1 y 2)**.

Por ordenar esta conversación desestructurada, se puede concretar:

Primer río (Guía para la intervención)			
Rocas (Iwas)	Troncos (Ryuboky)	Paredes del río (Kawa no sokuheiki) Lecho del río (Kawa no zoku)	Espacios entre las obstrucciones (Sukima)
-AVDs desestructuradas -Sentimiento de culpa por su hermano -Poca creatividad	-La pintura -La escritura	-Gran grosor en lecho y paredes del río (amistad únicamente con una usuaria del centro y relación familiar limitada: carteo con su prima. Dos sobrinas en la ciudad, pero no suelen ir a visitarla)	-Taller de "lectura fácil" -Escribir cartas a su prima -Taller de pintura y gimnasia

Teniendo en cuenta estos elementos, los objetivos de la intervención fueron:

**General 1:** Disminuir el sentimiento de culpa que tiene hacia su hermano

-**Específico 1:** realizar la escritura de cartas, de 10 minutos cada dos días a la semana, en un período de 2 meses.

**General 2:** Realizar las AVDs de forma regular, sobre todo la alimentación.

-**específico 1:** realizar una tabla organizativa de cada día de la semana.

- **específico 2:** organizar una dieta de desayuno, comida y cena, durante 2 meses (julio y agosto), en el taller llamado "gastrotxoko".

El primer objetivo, se planteó en una reunión de equipo con mi tutor, las educadoras sociales y la psicóloga, y se propuso realizar la escritura de cartas a su hermano ya fallecido, porque ella está familiarizada con el formato de “cartas”, y porque la escritura proporciona un marco hipotético donde poder contar y “descontar” historias. A veces, los/as usuarios/as con trastorno mental, como es este caso, presentan ideas “fijas” que se repiten una y otra vez, ideas que muchas veces determinan sus comportamientos perpetuando el problema, y que, al fin y al cabo, lo convierten en protagonista de una representación insatisfactoria y sin posibilidades de evolución. Dado que la usuaria tampoco tiene gran imaginación, mediante la escritura también se estimula la creatividad, la sensibilidad y la imaginación (21).

Los primeros días, la usuaria no sabía cómo empezar a relatar las cartas. Le propuse que empezara contando por qué escribe esa carta y con qué propósito. En el transcurso de los días, iba redactando poco a poco y contando día a día lo que realizaba en el centro.

En cuanto al segundo objetivo, juntas realizamos una tabla de horarios de ABVD, remarcando bien la alimentación. En el centro de día, se realiza un taller llamado “gastrotxoko”, en el cual se realizan recetas de diferentes países para que los usuarios/as aprendan a prepararlas, y puedan realizarlas en casa. En este taller también se les acompaña al supermercado para que hagan la compra, por lo que también trabajamos las AIVD.

Poco a poco pude comprobar que integraba conceptos de alimentación porque la dieta era más completa.

### 3.1. RESULTADOS

A los 6 meses, se le ha propuesto dibujar otra vez el diagrama del río (**ver anexo 3 y 4**) y comparando con el primer río, los resultados son estos:

Segundo río			Comparación primer río
Rocas (Iwas)	Troncos (Ryuboky)	Paredes del río (Kawa no sokuheiki) Lecho del río (Kawa no zoku)	
<p>-Menor número y tamaño (Sentimiento de culpa hacia su hermano)</p> <p>-Nueva roca (Pensamiento reiterativo sobre el sexo. No se ve del todo femenina)</p>	<p>-Se mantienen los mismos troncos (Pintura, escritura)</p> <p>-Nuevo tronco (Mejor desempeño en AVDs)</p>	<p>-Grosor de lecho y paredes ha disminuido (entorno social ha aumentado) La prima ha muerto. Pero sobrinas más unidas a ella -&gt; visitas y paseos juntas.</p>	<p><u>Mejoría:</u> sentimiento de culpabilidad hacia su hermano, y desempeño en AVDs</p> <p><u>Entorno social:</u> el lecho y paredes han disminuido-&gt; entorno social ha aumentado</p> <p><u>Empeoramiento:</u> nueva roca, de un tamaño grande (pensamiento reiterativo sobre el sexo)</p>

### 3.2. DISCUSIÓN

El modelo Kawa ve al individuo de manera holística y no sólo la discapacidad o la enfermedad. Como es el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), que se basa en la teoría de sistemas abiertos (22). Este modelo se apoya en la idea de la persona como un sistema dinámico en el que interactúan la volición, la habituación y la capacidad de desempeño (23). Estos tres elementos, junto con el entorno, se relacionan entre ellos y se organizan llegando a la conclusión de que la ocupación es dinámica, y que, dependiendo del contexto, las personas construyen quienes son a través de lo que hacen y que el hacer se conceptualiza en: participación, desempeño y habilidad (24).

Otro de los modelos holísticos de la Terapia Ocupacional, es el Modelo Canadiense cuyo concepto central es el rendimiento ocupacional (25). Describe el punto de vista de la Terapia Ocupacional sobre la relación dinámica y entrelazada entre el constructo persona-entorno-ocupación. Ve a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones en su medioambiente (26).

Ambos modelos conceptuales ven a la persona de manera holística al igual que el modelo Kawa, pero ninguno posee la creatividad de éste, ya que lleva el arte consigo, ese arte de la Terapia Ocupacional que se encuentra oculto bajo la ciencia. Mediante la creación del río, se forma una estrecha relación terapéutica, la que ayuda a entender los pensamientos, las emociones y/o el lenguaje de las personas, y sobre todo a personas con trastorno mental grave, siendo de gran ayuda para realizar una intervención.

Otra de las grandes diferencias entre estos tres modelos consiste en la forma de evaluar; el MOHO ofrece múltiples instrumentos de evaluación (listado de intereses, de roles, cuestionario volicional, etc.). El Modelo Canadiense, ofrece: la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional. En cambio, el Kawa no ofrece un instrumento como tal, simplemente se basa en la comparación de los dos dibujos de los ríos. Al no tener una escala ni precisar

una entrevista estructurada, el diálogo ha sido fluido, porque la usuaria se iba expresando conforme creaba el río. Durante el tiempo de creación del diagrama, se observaba que exteriorizaba con más facilidad sus sentimientos, pensamientos, problemas, etc., por lo que se ha podido realizar una intervención enriquecedora.

Aun así, esa visión complementaria que proporciona este modelo sobre el desempeño ocupacional y sobre cómo el entorno social y cultural influyen en él, en este caso, no se han podido percibir, pues la usuaria con la que se llevó a cabo la intervención posee el mismo contexto cultural que la terapeuta. Sin embargo, se ha observado que los pequeños cambios en su reducido entorno social han influido positivamente, ya que está más unida a sus sobrinas y realizan actividades juntas.

Para finalizar, el modelo Kawa, ofrece una libertad que otros modelos no dan, puesto que su creatividad y versatilidad, dejan hacer y deshacer, ya que no tiene una forma “correcta” de usar, aplicar e interpretar, ni test ni evaluaciones ligados que se deban seguir. Gracias a ello, se ajusta a los cambios de las personas con trastorno mental grave, ya que, algunos de las características de esta población, son sus cambios constantes de pensamientos y sentimientos.

#### 4. CONCLUSIONES

La principal limitación encontrada ha sido la dificultad para mantener un diálogo fluido y no interrumpido, debido al diagnóstico de la usuaria. Sin embargo, la versatilidad del modelo, ha ofrecido una oportunidad de expresión donde se ha creado una estrecha relación terapéutica, la cual ha ayudado a la hora de la realización de la intervención.

No obstante, el uso de este modelo en las personas con trastorno mental aún es minoritario, dado que no se han encontrado muchos artículos sobre ello. Considerando que se obtienen beneficios muy enriquecedores en el campo de salud mental, creo que el empleo del modelo Kawa debería tener un uso más extendido.



## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Association of Occupational Therapy (AOTA). Dictionary definition of Occupational Theray. USA: AOTA; 1986.
2. American Association of Occupational Therapy (AOTA). Representative Assembly Minutes. Am. J. Occu. Ther. 1997; 31: 599.
3. Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira editores; 1997.
4. Ricarte Eguidazu M. Revisión bibliográfica: intervenciones desde terapia ocupacional en salud mental, análisis bibliográfico basado en la evidencia. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [fecha de acceso 11 de febrero de 2020]; 12 (22): [14 p.]. Disponible en: <https://www.revistatog.com/num22/pdfs/revisión4.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: OMS; 2006.
6. Sánchez O. Terapia ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2014 [fecha de acceso 11 de febrero de 2020]; 11, Supl 9: 109-158. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num9/psicosocial.pdf>
7. Moruno Miralles P, Talavera Valverde MA. Terapia ocupacional en salud mental. Elsevier Masson: Barcelona.
8. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. Am J Psychiatry. 1993; 13: 97-126.

9. González Pinto A, Gutiérrez M, Mosquera F, Ballesteros J, López P, Ezcurra J, et al. First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic symptoms. *J Affectisord* 1998; 50: 41-4.
10. Benabarre A. Trastornos esquizoafectivos. Barcelona: Espaxs, S.A.; 2007.
11. González Pinto A. Trastorno esquizoafectivo. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A.; 2001.
12. Gomez Muñoz C. Intervención desde Terapia Ocupacional en Salud Mental. Monsa-Prayma ediciones; 2013.
13. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, Tandon R, Bustillo J, Schultz S, Carpenter W. Schizoaffective Disorder in the DSM-5. *Schizophrenia Research*. 2013 abr; 150 (1): 21-25.
14. Iwama M, Algado S. El modelo Kawa (Rio). Dialnet [online]. 2019. [Accessed 12 Dec. 2019] Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2863623>
15. Iwama M, Thomson NA, Macdonald RM. The kawa model: the power of culturally respponsive occupational therapy. *Disability and Rehabilitation*. 2009; 31: 14, 1125-1135.
16. Iwama M. The issue is... Toward culturally relevant epistemologies in Occupational Therapy. *Am J Occup. Ther*. 2003; 57 (5): 582-8.
17. Iwama M, Algado S, Kapanadze M. Michael Iwama: en busca de una Terapia Ocupacional Culturalmente Relevante. Dialnet [online]. [Accessed 12 Dec. 2019]. Available at: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2864424>



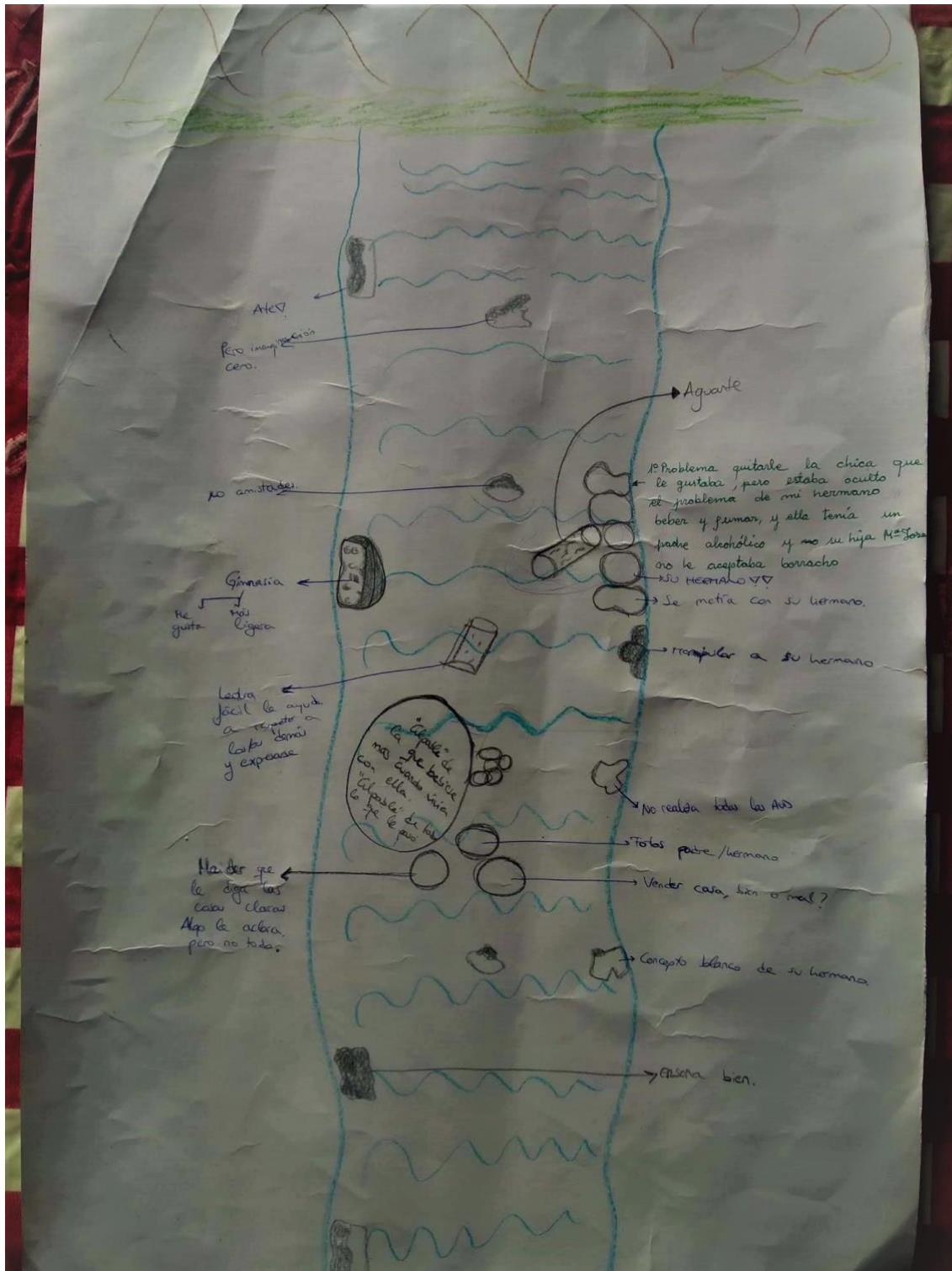
18. Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. Terapia ocupacional en psiquiatría. Zaragoza: Mira Editores, S.A.; 2003.
19. Iwama M. The Kawa Model. 1st ed. China: Churchill Livingstone Elsevier; 2006.
20. Paxson D, Winston K, Tobey T, Johnston S, Iwama M. The Kawa Model: Therapists' Experience in Mental Health Practice, Occupational Therapy in Mental Health. Taylor & Francis Online [internet]. 2012. [fecha de acceso 24 de diciembre de 2019]; 28:4, 340-355. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0164212x.2012.708586>
21. Hernandez Merino A, Montero-Ríos Gil M. Actividades artísticas y creativas en Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
22. De las Heras C. Manual "Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Primera parte. Santiago: Reencuentros. Centro de rehabilitación psicosocial; 2004.
23. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación. Buenos Aires. Argentina: panamericana; 2011.
24. Kielhofner G. Fundamentos de la Terapia Ocupacional. 3ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
25. Huerta Mareza R, Díaz-Mor Prieto C. El Modelo Canadiense de Terapia Ocupacional, a propósito de tres casos. TOG. [Internet]. A Coruña; 2008 [fecha de acceso 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num8/pdfs/caso2.pdf>



26. Simó S, Urbanowski R. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG). [Internet]. A Coruña; 2006 [fecha de acceso 27 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>

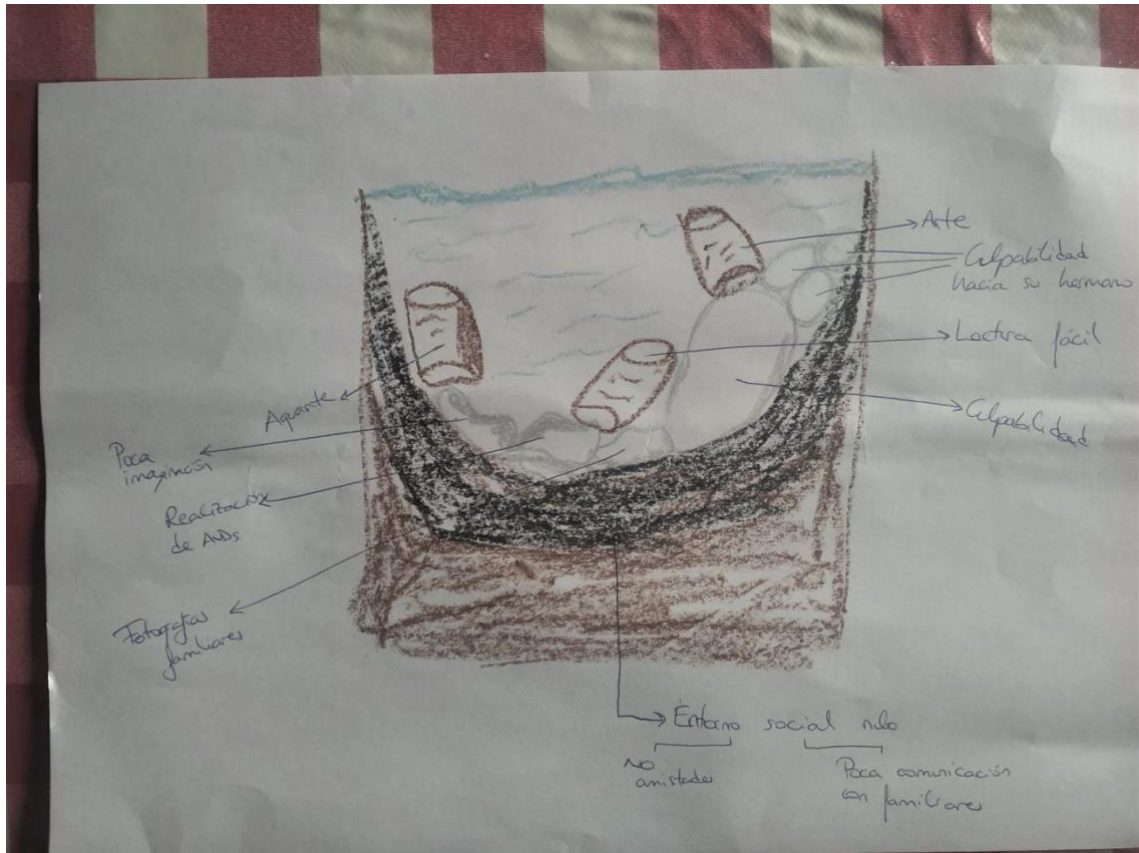
## 6. ANEXOS

### ANEXO 1 (1<sup>er</sup> río, julio 2019)





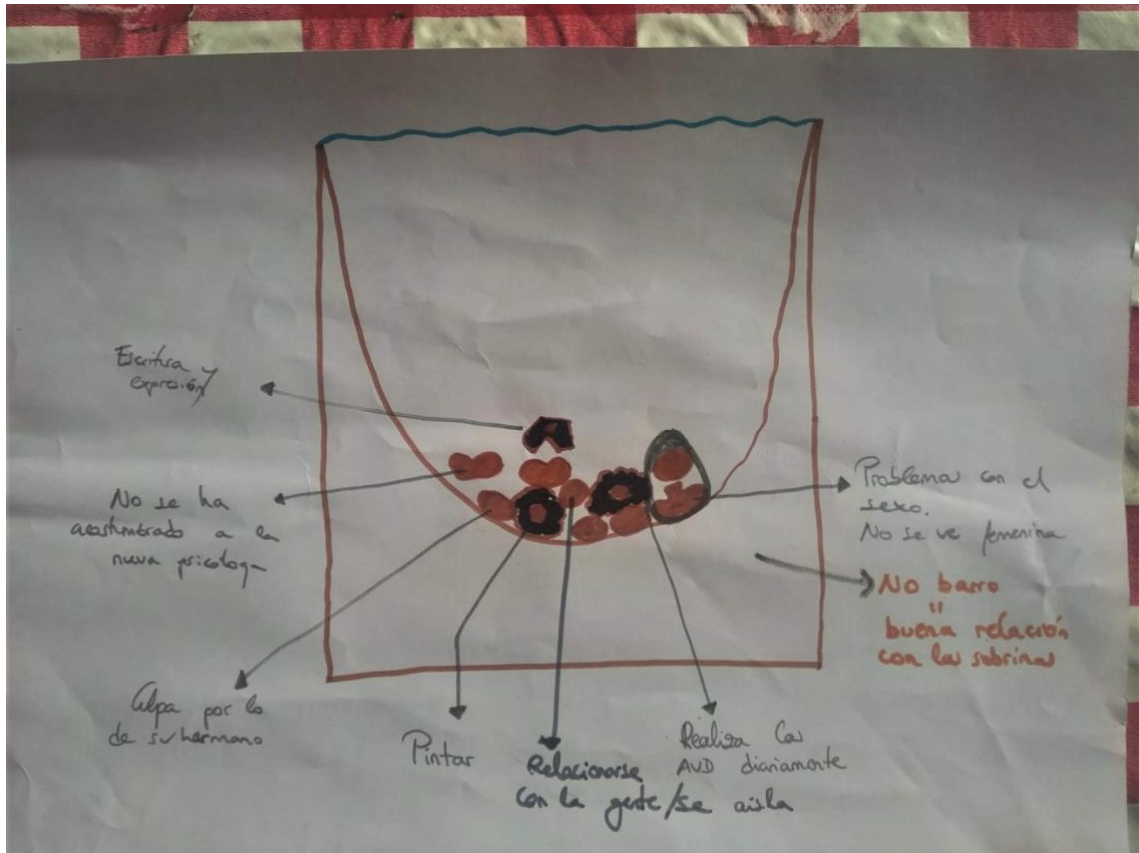
**ANEXO 2 (1<sup>er</sup> río, julio 2019)**



**ANEXO 3 (2<sup>o</sup> río, enero 2020)**



**ANEXO 4 (2º río, enero 2020)**





## **ANEXO 5**

### **Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por Nerea Gomez Miguel, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

La meta de este Trabajo de Fin de Grado es comprobar el efecto de la intervención de terapia ocupacional basada en el modelo Kawa para conocer los beneficios de la utilización de este mismo.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participa como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Nerea Gomez Miguel. He sido informado de que la meta de este estudio es comprobar el efecto de la intervención de terapia ocupacional basada en el modelo Kawa para conocer los beneficios de la utilización de este mismo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Nerea Gomez Miguel al teléfono X.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Nerea Gomez Miguel al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante  
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

X

X

14/02/2020