



**Universidad
Zaragoza**

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

2021

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL
EN UN PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

INTERVENTION IN THE FIELD OF THE COMMUNICATION AND SOCIAL
INTERACTION IN A PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA FROM OCCUPATIONAL
THERAPY.

Autor: Ernesto Pérez Domingo

Tutora: Marta Pilar Jiménez Cortes

Cotutora: Marta Marín Berges

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGÍA.....	9
4.1 MODELOS UTILIZADOS.....	9
4.2 HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	10
4.3 DESEMPEÑO OCUPACIONAL.....	11
4.4 PROCESO DE INTERVENCIÓN.....	12
4.4.1 PRIMERA FASE DE INTERVENCIÓN.....	12
4.4.2 SEGUNDA FASE DE INTERVENCIÓN.....	15
4.4.3 TERCERA FASE DE INTERVENCIÓN.....	17
5. RESULTADOS.....	19
5.1 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN.....	19
5.2 RELACIONES.....	20
5.3 DOMINIO FÍSICO	21
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFIA	24
8. ANEXOS	26
9. AGRADECIMIENTOS	31

1. RESUMEN

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud la esquizofrenia es un trastorno mental grave que hoy en día afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Es una de las enfermedades mentales crónicas que más prevalencia tienen las personas de 15 a 44 años, por ello es importante realizar un proceso de intervención con un equipo multidisciplinar. El terapeuta ocupacional que forma parte de este equipo dirige su intervención hacia conseguir que el usuario con diferentes discapacidades alcance la máxima independencia, funcionalidad y autonomía.

Objetivos: Estudiar el efecto de la terapia ocupacional basado en el Modelo de Ocupación Humana, centrándose en la parte de interacción social y comunicación en una persona con esquizofrenia indiferenciada y determinar si la falta de interacción social de este usuario con esquizofrenia indiferenciada se debe únicamente al trastorno mental grave que padece o si el aislamiento en el domicilio (durante 6 años) ha sido un factor añadido.

Metodología: El diseño del presente trabajo es un diseño ABA el cual es estudio longitudinal retrospectivo, utilizándose también el Modelo de Ocupación Humana y escogiéndose el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional de la American Occupational Therapy Association (AOTA) para justificar la importancia de la interacción social y de la comunicación para el desarrollo del desempeño ocupacional del usuario.

Desarrollo y resultados: Mediante un proceso de intervención centrado en las necesidades del usuario se consigue una gran evolución valorándose de forma objetiva con la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS)

Conclusiones: El proceso de intervención mejora considerablemente la falta de interacción social y de comunicación al encontrarse en un entorno rehabilitador y especializado.

ABSTRACT

Introduction: According to the World Health Organisation, schizophrenia is a serious mental disorder that today affects more than 21 million people worldwide. It is one of the most prevalent chronic mental illnesses among people aged between 15 and 44, which is why it is important to carry out an intervention process with a multidisciplinary team. The occupational therapist who is part of this team directs his or her intervention towards ensuring that the user with different disabilities achieves maximum independence, functionality and autonomy.

Objective: To study the effect of occupational therapy based on the Human Occupation Model, focusing on the social interaction and communication part in a person with undifferentiated schizophrenia and to determine if the lack of social interaction of this user with undifferentiated schizophrenia is only due to the severe mental disorder he suffers from or if the isolation at home (for 6 years) has been an added factor.

Methods: The design of the present work is an ABA design which is a retrospective longitudinal study, also using the Human Occupation Model and choosing the AOTA Occupational Therapy Framework to justify the importance of social interaction and communication for the development of the user's occupational performance.

Results: Through a process of intervention focused on the needs of the user, a great evolution is achieved by objectively assessing communication and interaction skills with the ACIS.

Conclusions: The intervention process significantly improves the lack of social interaction and communication by being in a rehabilitative and specialised environment.

2. INTRODUCCIÓN

El propósito del siguiente trabajo es analizar un caso clínico único de un usuario del Centro de Día Romareda. Este usuario presenta un trastorno mental denominado esquizofrenia indiferenciada.

La hipótesis en la que se estructura el trabajo es la siguiente:

¿La falta de interacción social es a causa únicamente de la esquizofrenia o si es a raíz del aislamiento en su domicilio durante 6 años lo que generó la falta de interacción social?

Según la Organización Mundial de la Salud la esquizofrenia es un trastorno mental grave que hoy en día afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo ⁽¹⁾.

Según la DSM-V (de forma sintetizada), dentro del grupo "Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" se encuentra este trastorno. Los criterios diagnósticos son:

A. Se tienen que producir dos o más de los siguientes síntomas y estar presentes mínimo un mes. Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.

2. Alucinaciones.

3. Discurso desorganizado (p. ej. incoherencia frecuente).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida)

B. Disfunción social/laboral: Debido al trastorno pueden verse afectados distintos aspectos como el trabajo, las relaciones interpersonales o el propio cuidado personal.

C. Duración: Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de

síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa).

D. Se debe descartar el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E. Se deben excluir los efectos fisiológicos de una droga o medicamentos u a otra afección médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación que da inicio en la infancia ⁽²⁾.

Es una de las enfermedades mentales crónicas que más prevalencia tienen las personas de 15 a 44 años. Es más frecuente en varones (12 millones), que además desarrollan la enfermedad antes que las mujeres (9 millones). Representa casi el 66% de los ingresos psiquiátricos afectando al 1% de la población ^(3,4).

Hoy en día no se conoce la causa exacta de la esquizofrenia, pero se sugiere que contribuyen factores genéticos, influencias ambientales tempranas (Ej., Complicaciones obstétricas en el nacimiento) y factores sociales (Ej., Pobreza) ⁽⁵⁾.

Según diferentes artículos (a excepción de la actual DSM V) se pueden encontrar diferentes tipos de esquizofrenia:

1. Paranoide: Destaca por la existencia de ideas delirantes y/o alucinaciones auditivas.
2. Catatónica: Destaca por la ecolalia, ecopraxia o sintomatología negativa (catalepsia o mutismo)
3. Desorganizada: Predomina la afectividad plana y conductas caóticas. Las personas con este tipo de esquizofrenia no saben actuar de forma adecuada a las situaciones del mundo que le rodea.
4. Indiferenciada: Son aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las clasificaciones mencionadas anteriormente. Es el caso del usuario en el que se centra este trabajo.

5. Residual: Se produce una ausencia de las sintomatologías antes descritas o su aparición es de forma ligera ⁽⁶⁾.

El tratamiento principal de la esquizofrenia es el farmacológico (centrado en antipsicóticos) y el psicosocial. Sin este primer tratamiento mencionado es muy complicado realizar el tratamiento psicosocial que se centra en diferentes puntos: Entrenamiento de habilidades sociales, entrenamiento para el manejo de enfermedades, psicoeducación familiar, tratamiento comunitario, terapia cognitiva-conductual para la psicosis, rehabilitación vocacional y apoyo para la búsqueda de empleo ⁽⁷⁾.

En este punto entra la labor del terapeuta ocupacional en los pacientes con este trastorno. El objetivo de un terapeuta ocupacional es conseguir que el usuario con diferentes discapacidades consiga la máxima independencia, funcionalidad y autonomía. Por tanto, la figura de este profesional puede resultar muy importante a la hora de lograr los diferentes objetivos en este tipo de usuarios ⁽⁸⁾.

En este caso, recurso principal es un Centro de día (CD), concretamente en el CD Romareda en la ciudad de Zaragoza (España). Este CD se encuentra dentro del Plan de Salud mental de Aragón y de la Cartera de Servicios Sanitarios de Atención a la Salud Mental. Es un dispositivo integrado por equipos interdisciplinarios o multidisciplinares especializados y orientados a la rehabilitación del usuario con un trastorno mental crónico y dificultades funcionales, así como con riesgo de desadaptación importante ⁽⁹⁾.

Como se mencionó anteriormente, en este recurso está presente un equipo multidisciplinar que es aquel formado por un grupo de profesionales con diferentes formaciones académicas, especializaciones y experiencias profesionales, que trabajan en conjunto durante un periodo de tiempo determinado para resolver un problema común afrontándolo desde distintos ángulos. En este caso, los problemas de salud mental de los usuarios ⁽¹⁰⁾.

Las funciones principales son: la recuperación de capacidades cognitivas, habilidades psicosociales, al manejo de la enfermedad y autocuidados ⁽¹⁰⁾.

3. OBJETIVOS

1. Estudiar el efecto de la terapia ocupacional basado en el Modelo de Ocupación Humana, centrándose en la parte de interacción social y comunicación en una persona con esquizofrenia indiferenciada.
2. Determinar si la falta de interacción social de este usuario con esquizofrenia indiferenciada se debe únicamente al trastorno mental grave que padece o si el aislamiento en el domicilio (durante 6 años) ha sido un factor añadido.
3. Describir el proceso de evaluación e intervención en este usuario.

4. METODOLOGÍA

4.1 MODELOS UTILIZADOS

El análisis de los resultados es realizado por un investigador externo al Centro de Día con conocimientos en Terapia Ocupacional para evitar sesgos, en este caso soy la persona que realiza esa tarea.

El diseño del presente trabajo es un diseño ABA el cual es estudio longitudinal retrospectivo.

Se ha escogido el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional de la AOTA para justificar la importancia de la interacción social y de la comunicación para el desarrollo del desempeño ocupacional del usuario. Un mal desarrollo de las habilidades de interacción social puede llegar a afectar a las Actividades de la vida Diaria (AVD), Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), al manejo de la salud, educación, trabajo, juego, ocio y participación social ⁽¹¹⁾.

Además fue utilizado el Modelo de Ocupación Humana (MOHO). Es un modelo creado por Gary Kielhofner en 1980. Este analiza a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, destacando el "Comportamiento Ocupacional" como un proceso organizador. Las partes internas son volición, habituación y ejecución ^(12,13).

- El subsistema de volición es el responsable de escoger e iniciar el comportamiento ⁽¹⁴⁾.
- El subsistema de habituación organiza el comportamiento ocupacional dentro de patrones o rutinas ⁽¹⁵⁾.
- El subsistema de ejecución está formado por un conjunto de procesos y estructuras biológicas permitiendo la organización de habilidades y comenzando los comportamientos con propósitos. Los diferentes tipos de habilidades son ⁽¹⁶⁾.
 - Perceptivo-motoras
 - De procesamiento

- De comunicación

El MOHO también incluye los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son un conjunto de espacios, objetos y grupos sociales ⁽¹⁷⁾.

Este modelo proporciona un marco teórico y un marco de intervención que facilita la creación de espacios ocupacionales, donde el paciente pueda experimentar el logro y la competencia personal, además de favorecer la colaboración con otras personas, y permitir que las personas afectadas con una enfermedad mental grave la consecución y el mantenimiento de los diferentes roles ocupacionales y habilidades ^(12,18).

Dentro de este modelo podemos encontrar la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) (véase en anexo 1), la elegida para utilizar en este caso clínico, ya que se encuentra validada para las personas con enfermedad mental grave ⁽¹⁹⁾.

Este tipo de habilidades son muy importantes para facilitar un intercambio social. *"Así, como las personas usan habilidades motoras para desarrollar muchas tareas, ellas también emplean habilidades para comunicarse efectivamente e interactuar con otros al completar una forma ocupacional"* (Forsyth, 1988, p. 1) ⁽²⁰⁾

4.2 HISTORIA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Datos personales

El usuario entro al dispositivo (Centro de Día Romareda, en lo sucesivo CD) el día 3/08/2017 con la edad de 41 años. Actualmente tiene 44 años. Diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada por un antecedente de consumo de tóxicos que pudo ser un factor precipitante.

Es derivado desde el Hospital de Día del Clínico para evitar derivarlo a la Unidad de Media Estancia (recurso residencial) ya que lleva 6 años sin salir de casa.

Historia ocupacional

Realizó estudios hasta FP2: Instrumentación y control de electricidad y electrónica.

Ha tenido varios trabajos temporales de corta duración, pero no tiene una conciencia real de periodos de trabajo y fechas:

- Control de calidad en una empresa de cables durante 5 años aproximadamente.
- Montador de plataformas para conciertos y espectáculos durante 1 año.
- Estuvo en Londres durante un mes fregando platos.

Una de sus principales ocupaciones más significativas para este usuario es la música instrumental (Anteriormente tocaba la guitarra) y el dibujo.

4.3 DESEMPEÑO OCUPACIONAL

En la rutina diaria previa se destaca la estancia en Hospital de Día durante 5 meses en 2017, teniendo buen recuerdo de la Terapia Ocupacional. Una vez sale de él, menciona que no realiza ninguna actividad (únicamente ve la televisión y duerme). Estuvo previamente 6 años sin salir de su domicilio.

En el momento del ingreso, a fecha 3 de agosto de 2017, estructura su día a través de las actividades obligatorias, es decir, sólo tiene interiorizado el horario de las comidas y descanso (aunque dice no descansar porque tiene muchas pesadillas, *"sueño que me golpeo con las puertas"*). El resto de día no hace nada más que ver programas de televisión que deciden sus padres. Menciona que preferiría vivir sin televisión y que se relacionara más con la familia. Su único rol es el de hijo.

Las áreas de desempeño son las siguientes:

- AVD
 - Básicas: Independiente.
 - Instrumentales: Necesita ayuda en algunas tareas como quitar la mesa y preparar su medicación.

- Ocio y tiempo libre: Aunque le gusta la música apenas la escucha y ha dejado de tocar la guitarra. No tiene amigos aunque le gustaría, busca el contacto social y la conversación aunque es distante y con un discurso muy inconexo.

No tiene ningún tipo de interés y lo achaca a los problemas de sueño, ya que expresa: "Dentro de un año cuando consiga dormir se habrá solucionado todo"

- No tiene productividad alguna.
- Componentes de desempeño:
 - Sensoriomotores: No se presentan problemas.
 - Cognitivos: Debido al poco contacto con la realidad se observan dificultades.
 - Destrezas psicosociales: Buena disposición pero dificultar para redes sociales normalizadas. Busca el contacto y lo ve como positivo.

4.4 PROCESO DE INTERVENCIÓN

4.4.1 PRIMERA FASE DE INTERVENCIÓN

A. EVALUACIÓN

Se realizan diferentes valoraciones el día 3 de agosto de 2017, obteniendo como resultados:

- El pie de vida muestra un desequilibrio ocupacional ya que únicamente destaca el tiempo libre y descanso (Con muchas pesadillas).

- El listado de intereses muestra que no tiene un fuerte interés en ninguna de las actividades. Únicamente hay algún interés en actividades como dormir, pintar, carpintería o ejercicio.

El 18 de octubre de 2017, se realiza el ACIS, destacando el déficit severo en el desempeño que impide el rendimiento de la comunicación e interacción y conlleva a resultados de interacción personal y grupal inaceptable.

El usuario presenta los déficits severos (Puntuación 1) en las siguientes áreas e ítems:

- Área de relaciones: No colabora, no se centra, no se relaciona y no respeta.
- Área de intercambio de información: Presenta una gran dificultad en la articulación, asertividad, involucración, habla (Es plana e inconexa), en sostener la conversación, compartir (Al presentar una respuesta no es coherente), expresión (Habla sin conexión y metafórico) y modulación.
- Dominio físico: No contacta con los demás usuarios ni profesionales, no gesticula ni se posiciona (Es estático, se mueve en bloque)

B. OBJETIVOS

En la primera parte del proceso de intervención se plantean los siguientes objetivos por parte de terapia ocupacional:

En áreas:

- Autocuidados:
 - Establecer horarios y hábitos adecuados.
 - Favorecer la higiene correcta y el uso adecuado de la ropa según la climatología.

- Deporte:
 - Trasladar su gusto de andar en la búsqueda de un grupo de andarines. (Ya sea de creación desde el centro de día como externa del mismo)
- Ocio: Explotar intereses de ocio y tiempo libre.
- Productividad: Utilizar su gran capacidad manipulativa para descubrir sus intereses prelaborales, pertenencia a grupo y toma de decisiones.

En componentes:

- Mejorar destrezas cognitivas.
- Entrenamiento y adquisición de habilidades sociales a través de los diferentes.

En contextos:

- Promover el componente afectivo y relacional.
- Favorecer la rutina.

C. ACTIVIDADES

Para la consecución de estos objetivos, se realizan diferentes actividades desde el centro viniendo los lunes, martes, miércoles y jueves a tiempo completo a debate, cognitivo nivel alto y taller ocupacional de encuadernación, además de asistir a diferentes reuniones con la terapeuta y el psiquiatra.

4.4.2 SEGUNDA FASE DE INTERVENCIÓN

A. EVALUACIÓN

Una vez hay una consecución de los objetivos mencionados anteriormente, se comienza una segunda fase de intervención. Esta fase comienza en noviembre de 2018.

Se realizan las siguientes valoraciones el 10 de octubre de 2018 para analizar el seguimiento y posibles objetivos:

El resumen del listado de roles:

- Obteniendo como comentarios principales:
 - Laboral: El usuario toma el CD como un lugar de trabajo, identificando este rol como futuro y con mucho valor asignado.
 - Formación: Menciona interés en este rol y un gran valor.
 - Miembro de familia: Retoma su rol de parte de familia ya que tiene un padre oncológico.

ACIS: Se aprecian mejorías en los déficits severos mencionados en la primera fase de intervención:

- En el área de relaciones: Presenta mejoría en todos los ítems, pasando del déficit severo en Colaboración, Respeto y se centra a un déficit leve o un desempeño cuestionable. No obstante no presenta una gran mejoría en la relación con sus compañeros.
- En el área de intercambio de información: Presenta una leve mejoría, pasando de un déficit severo a un déficit leve en todos los ítems, destacando la excepcional evolución positiva en el habla y la modulación de la voz, presentando un desempeño cuestionable.
- En el dominio físico: Hay una gran evolución en todos los ítems, destacando la posición en el espacio que evoluciona de un déficit severo

(Puntuación 1) a un déficit cuestionable (Puntuación 3). Mantiene el contacto visual (aunque en ocasiones o no lo mantiene o es excesivo) y comienza a gesticular.

B. OBJETIVOS

Los objetivos principales en esta fase de intervención son los siguientes:

- Mejorar la comunicación tanto verbal como no verbal.
- Valorar los problemas pasados en trabajos.
- Valorar capacidades actuales y sus dificultades, siendo una de las más afectadas el trabajo en equipo.
- Retomar el ocio.
- Recuperar intereses y motivaciones.

C. ACTIVIDADES

Para ello se realizan las siguientes actividades:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9:00-10:00h			Vocacional		
10:00-11:30h		Cognitivo	Relajación	Deporte	
12:00-13:30h	Huerto	Taller de encuadernación	Formación vocacional	Taller de encuadernación	Huerto

4.4.3 TERCERA FASE DE INTERVENCIÓN (FASE DE PREPARACIÓN AL ALTA EN EL DISPOSITIVO)

El proyecto vocacional del usuario es el mundo laboral y por consiguiente, y debido a la falta de experiencia y los años que ha estado sin trabajar, es recomendable empezar con la formación, para analizar no solo sus intereses, sino también las dificultades que pueden aparecer externas al CD, en relación con grupos externos (comunicación, interacción social).

Para ello se inscribe en curso de informática del INEM, en el programa de inserción a nivel estatal llamado Programa Integral para la Mejora de la Empleabilidad y la Inserción (PIMEI) llevado a cabo desde la asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME) y posteriormente es aceptado en la beca Fundación ADECO. Beca solicitada con anterioridad y que no fue aceptada. Esta segunda vez es decisión del usuario (sin consultar al centro de día). Para solicitarla, el propio usuario consigue toda la documentación necesaria de manera autónoma.

Se realiza una valoración ACIS para medir la evolución durante la presente fase de intervención del usuario en el ámbito de la comunicación e interacción social. La fecha de realización de este es el 19 de febrero de 2020, coincidiendo con una enfermedad y muerte de su padre.

Se destacan como resultados:

- Dominio físico: Una disminución a un desempeño inefectivo (valoración 2) en todos los ítems menos en la orientación y la posición.
- Área de intercambio de información: Destaca la competencia en la articulación, lo que produce un desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal y grupal. Así mismo presenta mejoría también en los ítems de Asertividad y Pregunta, llegando a un desempeño cuestionable (Valoración 3)
- En el área de relaciones se produce un gran aumento en la relación con los compañeros, pasando de un déficit severo (Valoración 1) a un desempeño cuestionable (Valoración 3).

Durante esta fase el usuario sigue asistiendo a reuniones al centro de día cuando es citado por la consulta de terapeuta ocupacional o la de psiquiatría para valorar si necesita algún apoyo o ayuda, y poder formular nuevos objetivos de futuro a medida que acaba la formación que está cursando en estos momentos.

Coincide esta etapa de la intervención ocurre la pandemia del COVID-19. El usuario era el único que asistía al recurso para usar los ordenadores de la biblioteca, ya que estaba cursando un curso de informática y no disponía de ordenador en su domicilio.

Se realiza un ACIS el día 11 de mayo de 2020 para analizar la evolución del usuario.

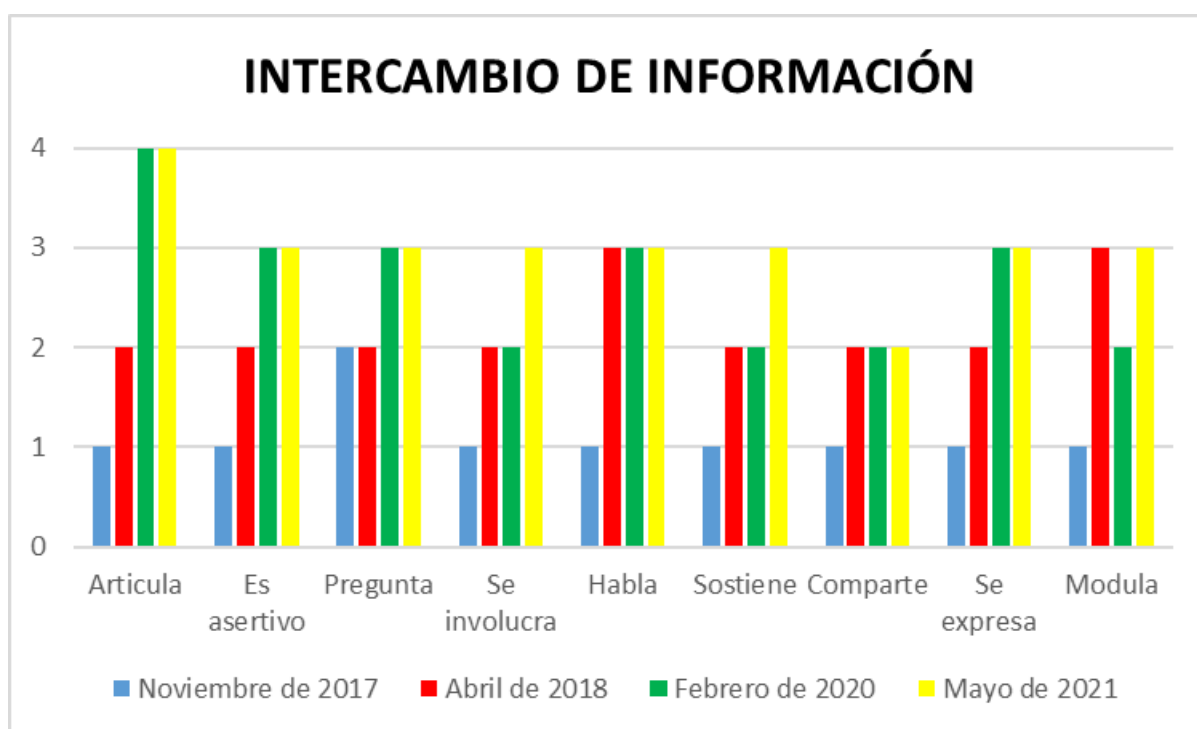
Se obtienen como resultados destacables después de la pandemia mundial por COVID-19:

- Dominio físico: Un aumento a un desempeño cuestionable en todos los ítems, a excepción de un empeoramiento en la gesticulación, que disminuye en esta época, valorándose como una deficiencia leve.
- Área de intercambio de información: Mejora el nivel de las competencias de modulación, sostener la conversación, e involucrarse. Además de mantener el nivel en el resto de las competencias, resultando competentes o cuestionables todos los ítems a excepción de compartir, donde sigue presentando un desempeño inefectivo.
- En el área de relaciones muestra un desempeño cuestionable en todos sus ítems. Se ha de mencionar que en grupo presenta timidez, mientras que en individual no es así. Tiene un gran uso del humor con los compañeros que considera amigos.

5. RESULTADOS

Se presentan a continuación las gráficas relativas a los resultados de las distintas evaluaciones, en las que se objetiva la gran evolución del usuario en los diferentes dominios de la comunicación e interacción social, evaluados con la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS).

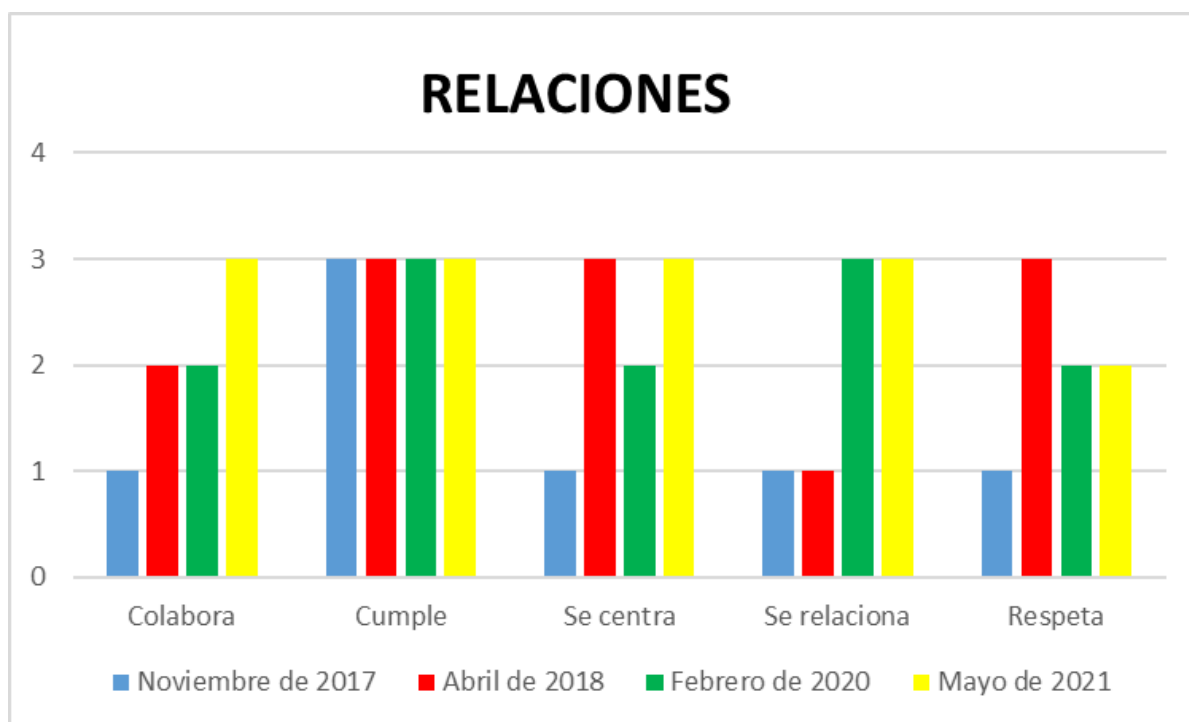
5.1 INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN



Como se puede apreciar en el dominio de intercambio de información el usuario ha conseguido una mejoría considerable en todos los ítems. Se destaca que la evolución ha sido de forma progresiva de noviembre de 2017 a febrero de 2020, y estancándose durante el último año de intervención, mejorando únicamente el desempeño en la *modulación*, *sostiene* y *la involucración*.

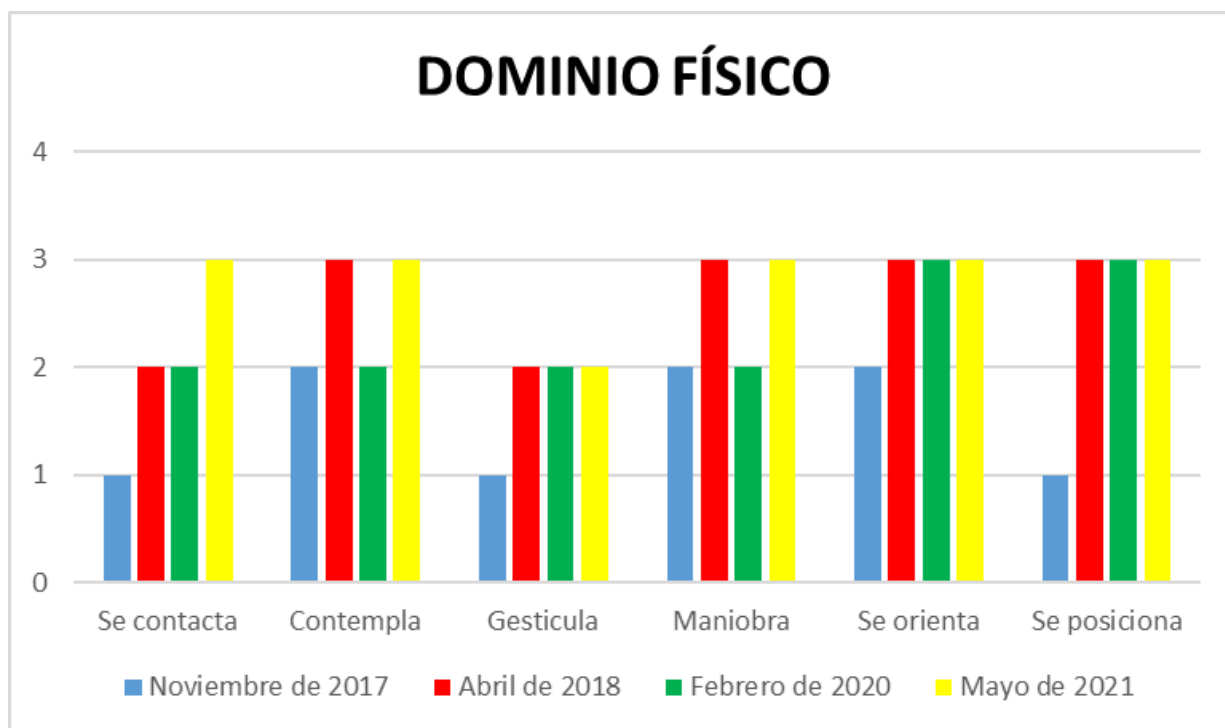
A fecha actual tiene un buen desempeño en todas las áreas, a excepción de *comparte*, que tiene un desempeño inefectivo.

5.2 RELACIONES



En el presente dominio, se destaca la estabilidad a lo largo de todo el proceso en el ítem *Cumple*, donde se mantiene en un desempeño cuestionable. Hay una evolución en el resto de los ítems, a excepción del *Respeto*, que disminuye de abril de 2018 a mayo de 2021. La relación con el profesional y los compañeros aumenta de una forma efectiva que permite un desempeño cuestionable, y que conlleva a una interacción interpersonal y grupal, pero pudiendo existir un pequeño déficit.

5.3 DOMINIO FÍSICO



En el análisis de la evolución en el dominio físico muestra una evolución final en todos los ítems, destacando la mejoría en el desempeño de *contacto*, y *posición*, pasando de un déficit severo a un desempeño cuestionable. A su vez se produce un estancamiento en la mejoría de la *posición* y la *orientación*.

También mencionar el empeoramiento de abril de 2018 a febrero de 2020 en los ítems: *Contempla* y *maniobra*, produciéndose un aumento del déficit, no obstante volviéndose a recuperar en mayo de 2021.

6. CONCLUSIONES

Analizando los resultados, el usuario todavía presenta algunas deficiencias en la interacción social y la comunicación, que puede explicarse por los síntomas esperables del trastorno mental grave que padece.

Se considera que el proceso de intervención mejora considerablemente la falta de interacción social y de comunicación al encontrarse en un entorno rehabilitador y especializado.

Además cada vez que dicho usuario ha realizado diferentes experiencias en la comunidad ha servido para trabajar las habilidades de comunicación e interacción en un contexto real, normalizado y normalizante. Siendo este importante para los terapeutas ocupacionales, y el trabajo en la comunidad.

El papel del terapeuta ocupacional en la recuperación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia utilizando diferentes formas de intervención disminuye los síntomas negativos de esta enfermedad, por tanto consigue que el usuario logre de una forma más sencilla la inclusión en la sociedad.

Los procesos de intervención para personas con esta patología psiquiátrica, en un entorno rehabilitador pueden resultar muy satisfactorios para mejorar las deficiencias de los usuarios.

Por tanto, respondiendo a la hipótesis "¿La falta de interacción social y comunicación es a causa únicamente de la esquizofrenia o si es a raíz del aislamiento en su domicilio durante 6 años lo que generó la falta de interacción social?" Se considera que la falta de interacción social y de comunicación se produce principalmente por el aislamiento en su domicilio durante un tiempo tan prolongado y en menor parte al trastorno de esquizofrenia que posee el usuario.

Los resultados muestran que la intervención llevada a cabo podría extrapolarse a la población diana (usuarios diagnosticados de un trastorno mental grave en los que concurre un riesgo de aislamiento grave) obteniendo en esos casos resultados igualmente satisfactorios.

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. La persona fue informada y tuvo la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio e intervención, lo que fue pautado en el consentimiento informado, respetando el anonimato y confidencialidad de la persona participante.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Esquizofrenia. 2015 [citado el 26 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/topics/schizophrenia/es/>
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. DSM V [Internet]. Medica Panamericana; 2014. Disponible en: <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>
3. Alarcón R. Intervención del terapeuta ocupacional en el proceso de recuperación de las personas con un trastorno mental [Internet]. [Elche]: Universidad Miguel Hernández; 2019. Disponible en: <http://dspace.umh.es/handle/11000/6789?mode=full>
4. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia: Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. Br J Psychiatry 1999; 147: 243-8
5. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet. 2004;363(9426):2063-72.
6. Padín GA. Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás. 2012;(4):151-72.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente [Internet]. España; 2009. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCesquizofrenia.pdf>
8. Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. [Revista en Internet] 2004 [citado el 5 de abril de 2021]; 1(1): [18p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
9. Cartera de servicios sanitarios de atención a la salud mental. Gobierno de Aragón. [citado el 26 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/CARTERA+SALUD+MENTAL.PDF/b8569fd6-e34d-7239-5c8d-1e1aa80f8d04>
10. Plan de salud mental de Aragón. Gobierno de Aragón. [citado el 26 de mayo de 2021]. Disponible en:

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b

11. AOTA. Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. Chile; 4 Ed. 2020.
12. Kielhofner G, Parkinson S, Forsyth K. Manual del Usuario del Perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana (MOHOST). University of Illinois at Chicago; 2004.
13. La esquizofrenia [Internet]. Nih.gov. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia/>
14. De Las Heras, C.G. "Subsistema Volición". Manual de Teoría Y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Santiago, Chile. Capítulo 4. 2004.
15. De Las Heras, C.G. "Subsistema Habitación". Manual de Teoría Y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Santiago, Chile. Capítulo 5. 2004.
16. De Las Heras, C.G. "Subsistema Ejecución". Manual de Teoría Y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana. Santiago, Chile. Capítulo 6. 2004.
17. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [Internet]. Uchile.cl. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: http://web.uchile.cl/vignette/terapiaocupacional/CDA/to_completa/0,1371,SCID=19119%26ISID=667,00.html
18. Emilia L, Cuevas N, Valdivieso A. Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. Terapia-Ocupacional [Revista en Internet] [citado el 5 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml
19. Forsyth K, Kielhofner G, Salamy M, Simon S. Manual del Usuario de la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS). University of Illinois at Chicago; 1998.
20. Lasso DA, Matabanchoy JA, Martinez MA, Diana. Evaluación de las habilidades de comunicación e interacción. BIC [Internet]. 8 de agosto de 2019 [citado 26 de mayo de 2021];6(1):73-4. Disponible en:

<http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1945>

8. ANEXOS

ACIS Hoja de Puntuación

Cliente: _____	Examinador: _____
Situación observada: _____	
Edad: _____	Sexo: _____ Diagnóstico: _____
Adaptaciones: _____	Internado: _____ Ambulatorio: _____
Raza: _____	

COMPETENTE (4)	Desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.
CUESTIONABLE (3)	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.
INEFECTIVO (2)	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.
DÉFICIT (1)	Déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

Dominio Físico (Corporalidad)					Comentarios:				
SE CONTACTA	4	3	2	1	4	3	2	1	
CONTEMPLA	4	3	2	1	4	3	2	1	
GESTICULA	4	3	2	1	4	3	2	1	
MANIOBRA	4	3	2	1	4	3	2	1	
SE ORIENTA	4	3	2	1	4	3	2	1	
SE POSICIONA	4	3	2	1	4	3	2	1	

Comentarios: _____

Anexo 1. ACIS. Dominio físico

ACIS Hoja de Puntuación

Cliente: _____	Examinador: _____
Situación observada: _____	
Edad: _____	Sexo: _____ Diagnóstico: _____
Adaptaciones: _____	Internado: _____ Ambulatorio: _____
Raza: _____	

COMPETENTE (4)	Desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.
CUESTIONABLE (3)	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.
INEFECTIVO (2)	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.
DÉFICIT (1)	Déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

Intercambio de Información			Comentarios:
ARTICULA	4 3 2 1	4 3 2 1	
ES ASERTIVO	4 3 2 1	4 3 2 1	
PREGUNTA	4 3 2 1	4 3 2 1	
SE INVOLUCRA	4 3 2 1	4 3 2 1	
HABLA	4 3 2 1	4 3 2 1	
SOSTIENE	4 3 2 1	4 3 2 1	
COMPARTE	4 3 2 1	4 3 2 1	
SE EXPRESA	4 3 2 1	4 3 2 1	
MODULA	4 3 2 1	4 3 2 1	

Comentarios: _____

Anexo 2. ACIS. Intercambio de información.

ACIS Hoja de Puntuación

Cliente: _____	Examinador: _____
Situación observada: _____	
Edad: _____	Sexo: _____ Diagnóstico: _____
Adaptaciones: _____	Internado: _____ Ambulatorio: _____
Raza: _____	

COMPETENTE (4)	Desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.
CUESTIONABLE (3)	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.
INEFECTIVO (2)	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.
DÉFICIT (1)	Déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

Relaciones					Comentarios:	
COLABORA	4	3	2	1	4 3 2 1	
CUMPLE	4	3	2	1	4 3 2 1	
SE CENTRA	4	3	2	1	4 3 2 1	
SE RELACIONA	4	3	2	1	4 3 2 1	
RESPETA	4	3	2	1	4 3 2 1	

Comentarios: _____

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 (nombre estudiante) , de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.
La meta de este Trabajo de Fin de Grado es

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 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 participar 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 . He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 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 al teléfono (teléfono del estudiante).

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 al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

9. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradeceré a mi tutora y mi co-tutora por su ayuda, paciencia y dedicación, por el tiempo dedicado y los conocimientos brindados.

En segundo lugar al CD Romareda por permitirme sus instalaciones y bibliografías para realizar este trabajo de análisis e investigación.

Agradeceré también al usuario del CD Romareda por permitirme hacer este TFG sobre su persona.

Agradecerle también a toda mi familia, mis padres y mis hermanos por darme ánimo durante este proceso.

Y para terminar a todas las personas que me apoyaron e hicieron posible que este trabajo se realice con éxito