



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

**INTERVENCIÓN GRUPAL EN UN CASO DE  
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN UN CRPS  
DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**

**ISABEL FRANCÉS PEÑA**

**JOSÉ RAMÓN BELLIDO MAINAR**

Facultad Ciencias de la Salud

Curso 2012-2013

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Desarrollo.....	14
Conclusión.....	16
Bibliografía.....	17
Anexos.....	20

## RESUMEN

La esquizofrenia es aquella alteración que puede provocar disfunción tanto a nivel cognoscitivo y emocional, como social y laboral. Se caracteriza por los signos y síntomas que pueden ser positivos (ideas delirantes, alucinaciones, etc.) o negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, etc.). Para tratar la enfermedad, además del tratamiento farmacológico, se puede tratar en centros de rehabilitación psicosocial (CRPS), dentro de los cuales la TO desempeña un papel importante dentro de la intervención.

Los objetivos planteados son comprobar el efecto de la terapia ocupacional en las habilidades de desempeño en un centro psicosocial a través de un programa grupal en un caso clínico con esquizofrenia y valorar los beneficios que se obtienen a través de la participación en un taller ocupacional.

La intervención se ha realizado en el CRPS por medio de actividades ocupacionales grupales y por la participación del paciente en el taller ocupacional.

Tras tres meses de intervención, la capacidad de desempeño del paciente sigue deteriorada por el presente deterioro cognitivo y la sintomatología negativa. Si se han conseguido beneficios a través de la participación en el taller ocupacional ya que el paciente recupera parte del rol del trabajador perdido con los sentimientos de satisfacción y autorrealización que ello conlleva.

**Palabras clave:** esquizofrenia, terapia ocupacional, centro psicosocial, psicosis incipiente.

## **INTRODUCCIÓN**

La esquizofrenia es aquella alteración que produce una disfunción tanto a nivel cognoscitivo y emocional, como social y laboral. Dicha alteración persiste durante un periodo de seis meses, uno de los cuales con presencia de dos o más síntomas de la fase activa. (1)

Los signos y síntomas que caracterizan la enfermedad se pueden clasificar en: síntomas positivos, que suponen una distorsión de las funciones normales; síntomas negativos, implican disminución o pérdida de las funciones normales. (1) A partir de la diferenciación de los síntomas, en 1980, Timothy Crow propone la esquizofrenia tipo 1 y tipo 2.(2) El tipo 1 estaría caracterizado por los síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del comportamiento y alteraciones del pensamiento) mientras que el tipo 2 correspondería a los síntomas negativos (aplanamiento afectivo; pobreza del pensamiento: alogia; pérdida de iniciativa: abulia).(3) Andreasen introdujo, dentro de los síntomas negativos, la incapacidad para experimentar placer: anhedonía.(4)

La prevalencia es del 1%. (5) La incidencia oscila entre el 0,7 y 1,4 por cada 10.000 personas en un año. (6) El riesgo de padecer esquizofrenia es mayor en hombres que en mujeres. (7)

En la mayor parte de los sujetos el inicio de la enfermedad es insidioso, aunque el trastorno se define como tal en la fase activa, cuando aparecen los síntomas principales. Antes de la fase activa puede haber otra fase denominada prodrómica, en la que el sujeto padece una serie de síntomas que alertan sobre la posible enfermedad, algunos de estos son: alteraciones de la conducta, ideación delirante, retraimiento o euforia, problemas relacionales y alteraciones del sueño. Estos síntomas, en la mayoría de los casos, pueden estar presentes entre 1 y 5 años antes del primer episodio psicótico. Detectar estos síntomas de una manera válida y fiable permitiría tratar al sujeto antes y mejor. (8)

En cuanto a la evolución, hay sujetos que permanecen crónicamente enfermos, mientras que para otros la enfermedad sigue un curso variable, con exacerbaciones y remisiones. Cada nueva crisis que sufre el sujeto supone un empeoramiento progresivo de sus capacidades. (3)

DSM-IV clasifica la esquizofrenia en varios subtipos: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. (1)

El paciente evaluado está diagnosticado de esquizofrenia paranoide, en la que predominan los síntomas positivos. El inicio es tardío y el pronóstico es mejor que en los otros tipos, concretamente en lo referido a la actividad laboral y a la capacidad de llevar una vida de manera autónoma. (1) Hay que destacar que el paciente presenta una patología dual, ya que además del descrito cuadro mental tiene un trastorno por el consumo de alcohol, motivo que incrementa el riesgo de tener problemas psicosociales. (9)

Por un lado, el tratamiento de la esquizofrenia puede ser farmacológico, mediante antipsicóticos que reducen las ideas delirantes y las alucinaciones. Por otro lado, para tratar el deterioro de las actividades sociales o capacidades cognoscitivas del individuo se puede hacer uso de estrategias psicosociales.(3) Estas estrategias son usadas en la rehabilitación psicosocial que puede definirse como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial permitiéndoles mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posible.(10)

Este tipo de tratamiento se lleva a cabo en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CPRS) que son servicios de atención ambulatoria destinados a las personas con trastorno mental grave para ofrecer programas de rehabilitación destinadas a la recuperación y fomento de sus habilidades y competencias, dado el deterioro que presentan, y de esta manera potenciar su autonomía e integración social. (11)

El papel de la Terapia Ocupacional en un CPRS está encaminado a alcanzar una serie de objetivos desde el punto de vista ocupacional. Supone realizar una búsqueda de aquello que motiva al usuario para conseguir su participación y adaptación en el centro, fomentar el desarrollo de las distintas capacidades a nivel motor, cognitivo, sensorial, inter e intrapersonal, encontrar el equilibrio entre las áreas de actividad, potenciar su autonomía, el desarrollo ocupacional, los hábitos saludables y la integración sociocomunitaria, todo con la pretensión de mejorar la calidad de vida del paciente. (12)

Para alcanzar dichos objetivos, desde TO se lleva a cabo una evaluación

ocupacional, un plan individualizado de rehabilitación (PIR), la intervención y, posteriormente, un seguimiento.

Por medio de la evaluación ocupacional se recoge información y se identifican las limitaciones y fortalezas del sujeto para elaborar el PIR, que consiste en elaborar un programa de intervención priorizando los objetivos en base a las necesidades del paciente. (13) En la intervención, los TO recurren a la ocupación con la pretensión de que, la persona afectada, adquiera, restaure o mantenga las capacidades y habilidades que están perdidas, deterioradas o para evitar un empeoramiento de las mismas. (14) Además, se llevarán a cabo unos programas de entrenamiento que permitan eliminar o superar las barreras con las que se encuentra este colectivo. (12, 15)

Una vez alcanzados los objetivos, para asegurar el mantenimiento de las habilidades y capacidades establecidas o recuperadas, se hace un seguimiento del caso. (12)

El propósito del trabajo es comprobar los resultados obtenidos desde TO, en un caso de esquizofrenia, tras una intervención grupal y la participación en un taller ocupacional dentro de un CRPS.

Un dispositivo de rehabilitación psicosocial es el Centro de Día Psicosocial Moncayo de Tarazona. Los usuarios son derivados de la Unidad de Salud Mental de Tarazona, Borja y Ainzón, tras una valoración hecha por médico psiquiatra y psicóloga. Los gastos de la plaza en el centro los cubre la DGA. El horario del Centro es de 9:30 a 13:00 horas de lunes a viernes. La TO dirige los siguientes talleres dentro del centro: desayuno, prensa, estimulación cognitiva, artesanía, taller cultural, trabajo corporal, paseo y taller de limpieza. Por la tarde se encarga, entre otros profesionales, del taller ocupacional.

Otros programas que se desarrollan en el centro: grupo psicoterapéutico, educación para la salud, preparación de la medicación.

## **OBJETIVOS**

- COMPROBAR EL EFECTO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LAS HABILIDADES DE DESEMPEÑO EN UN CENTRO PSICOSOCIAL A TRAVÉS DE UN PROGRAMA GRUPAL EN UN CASO CLÍNICO CON ESQUIZOFRENIA.
- VALORAR LOS BENEFICIOS QUE SE OBTIENEN A TRAVÉS DE LA PARTICIPACIÓN EN UN TALLER OCUPACIONAL.

## **METODOLOGÍA**

### **EVALUACIÓN INICIAL:**

La recogida de información del caso clínico se ha hecho por medio de fuentes indirectas e directas.

De manera indirecta se ha obtenido haciendo uso de la historia clínica, recopilando datos de otros profesionales y observando día a día en el centro.

Por medio de escalas se ha obtenido la información directa:

- Listado de intereses: herramienta usada en TO para obtener el patrón de intereses del paciente, las actividades significativas para él y para hacer una correcta orientación ocupacional. (Anexo 2)
- Listado de roles: listado que nos proporciona información acerca de los roles ocupacionales desempeñados a lo largo de su vida y el valor que otorga a cada uno. (Anexo 3)
- OSA: Formulario usado para conocer la percepción del propio paciente sobre su competencia ocupacional y del impacto que tiene su medio ambiente. (Anexo 4)

Se trata de escalas de autoevaluación basadas en el Modelo de Ocupación Humana (16), a pesar de que se han llenado con el paciente en forma de entrevista. Otra escala empleada es:

- La COTE: escala de observación usada en TO dentro del ámbito de la Salud Mental con la intención de conocer el comportamiento ocupacional del paciente en una tarea en un momento y contexto determinado. (17) (Anexo 5)

A partir de la información obtenida podemos definir la descripción clínica, el perfil ocupacional, análisis de desempeño y entorno del caso:

- **Descripción clínica:**

El primer brote psicótico tiene lugar durante las vacaciones del año 2009 de paciente con su pareja. Acuden a urgencias por insistencia de la pareja, no por propia voluntad. Predominio de sintomatología paranoide agravado por el excesivo consumo de alcohol y las discusiones con la pareja. Tras el brote se reincorpora al trabajo.

Segundo brote en noviembre de 2010, predominan los delirios referidos al ámbito laboral. Deterioro de las relaciones en el trabajo. No existe conciencia de enfermedad ni seguimiento del tratamiento, continúa el abuso al alcohol.

Tercer episodio psicótico, en junio de 2011, por el que es ingresado durante un mes y medio. Predomina la sintomatología negativa: apatía, falta de iniciativa, incapacidad de mantener hábitos y gran cambio con la personalidad previa. Es diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Incorporación al Centro de Tarazona en Julio de 2011. Disminuye la sintomatología positiva, presenta deterioro cognitivo, de actividades manipulativas y sociales y un alto nivel de angustia ante el estrés.

- **Perfil ocupacional:**

Área educativa: Obtuvo el graduado escolar sin problemas. Comenzó un grado de auxiliar de enfermería que no concluyó por diversos motivos: por "pereza", influencia negativa de la pareja y por las dificultades de desplazarse a Zaragoza.

Área laboral: Su primer trabajo fue de camarero durante 12 años en bares de noche. Posteriormente, trabajó durante ocho años en una empresa de Tarazona donde se dedican a la fabricación de tubos de caucho para piezas de coche. Su labor era meter y sacar tubos de un horno y, en otras ocasiones, unirlo. Como delegado sindical de la empresa se encargaba de informar a los trabajadores de sus derechos, responder dudas y negociar convenios con otras empresas. Con el transcurso de la enfermedad tiene que abandonar el puesto de trabajo ya que la situación era insostenible.

Área de autonomía personal: Cuidaba de su imagen, se compraba ropa, iba a la peluquería regularmente. Hacía las labores de casa aunque nunca de manera organizada, situación que se acentúa con la aparición de la enfermedad.

Área de ocio y tiempo libre: Las actividades que solía hacer eran predominantemente activas, al aire libre y donde establecía relaciones sociales. Le gustaba acudir a bares de noche con sus amigos.

Ambas áreas se han visto altamente alteradas por los síntomas negativos, como son abulia y apatía.

Expectativas de futuro: Le gustaría volver a trabajar pero no en su antiguo puesto por las malas relaciones que se habían establecido con sus compañeros y jefes y por los fallos que pueda tener. Su intención sería la de montar un bar. Dato que nos informa de que no es realista con sus limitaciones actuales. Le gustaría recuperar su círculo de amistades y hacer actividades que hacía anteriormente, como ir a pescar, salir con los amigos, etc.

- **Análisis del desempeño ocupacional:**

Área productiva: Dispone del certificado de invalidez por lo que no puede desempeñar ningún trabajo. Acude al taller ocupacional del centro todas las tardes. Muestra interés y orgullo en la labor que hace, además, de esta manera recupera parte del rol del trabajador perdido. En las actividades ocupacionales del centro presenta falta de interés y de iniciativa para comenzarlas, pierde la concentración por frecuentes distracciones. Puede realizar pasos sencillos pero tiene problemas para ejecutar aquellos complejos o seguir indicaciones que conlleven varios pasos y tomar decisiones. Presta poca atención a los detalles siendo necesario intervenir y corregirle. Su intención es terminar la tarea pero no por la satisfacción que pueda producirle finalizarla.

Estas dificultades se deben a la persistencia de los síntomas negativos, como abulia y apatía, y al deterioro cognitivo, sobre todo de las funciones ejecutivas.

Autonomía personal: Necesita supervisión para realizar todas las tareas. En las ABVD principal problema en el autocuidado: no cuida su imagen, se presenta en el centro sin afeitar y con la misma ropa de varios días. No mantiene un hábito de sueño saludable, tiende a quedarse dormido en el sofá porque se queda viendo la tele. AIVD: no realiza las tareas del hogar, la compra la hace conjunta con su pareja pero de forma desorganizada, no tienen hábitos semanales o mensuales de compra. No prepara la comida, come en casa de su madre diariamente y cena con su pareja, muchas veces lo que le ha preparado su madre, si no hacen algo rápido y sencillo de preparar.

La pareja se queja de la falta de aportación económica en el hogar. Se ha incrementado la dependencia hacia su hermano para las cuestiones económicas, no es capaz de hacerse cargo del manejo de dinero.

No se responsabiliza en la preparación de la medicación, la prepara con supervisión en el centro. De lunes a viernes la toma la realiza en el centro por la mañana en el desayuno. El fin de semana tiene que hacerse él responsable, además se informa a la familia para que esté pendiente, pero al no haber verdadera colaboración por parte de esta y por la falta de responsabilidad del paciente no hay certeza de que se la tome.

Debido a la acusada apatía y abulia que padece se ha visto alterada la ejecución de las AVD teniendo como consecuencia la pérdida de hábitos saludables y pérdida del rol de amo de casa.

Área de ocio y tiempo libre: Actualmente realiza actividades solitarias y pasivas. Ver la televisión en casa y, en todo caso, acudir a "tomar algo" a los bares solo. Existe abandono de las antiguas aficiones por la acusada sintomatología negativa.

Participación social: No realiza actividades dentro de un círculo social. No tiene grupo de amigos, además de su pareja y familia, su círculo social se reduce a las personas que conoce del centro. Por tanto, pérdida del rol de amigo pero conserva el rol de miembro de familia y pareja.

- **Entornos:**

Físico: Juanjo vive en un cuarto piso de dos plantas con su pareja. Acude al Centro de Rehabilitación Psicosocial que se encuentra a cinco minutos del centro de la ciudad. En Tarazona hay oferta de actividades gastronómicas, deportivas, de ocio, de pesca y culturales, además de que cuenta con la cercanía del Moncayo y de otras localidades más pobladas.

Social: Con su pareja mantiene una relación de pareja de hecho. Esta relación tiende a la desorganización y al caos. La pareja no muestra tener conciencia de la enfermedad, de hecho se queja de su actitud, refiriéndose a los síntomas que presenta como vagancia y "dejadez".

Tiene dependencia de su madre, es quien ha mostrado más interés por el estado de su hijo, pero sin implicarse de manera activa en la intervención. La relación entre la madre y la pareja es complicada ya que existen conflictos. Con su hermano tiene buen trato. A él acude para las gestiones económicas. Se ha

intentado citar a todos para informarles del estado de Juanjo e intentar involucrarlos en la intervención pero no ha sido posible que se pusieran de acuerdo para acudir un día.

Cultural: En Tarazona conviven diversos grupos de población que pueden verse influenciados unos con otros. Entre ellos encontramos la población originaria de Tarazona, el de origen musulmán, sudamericano y oriental.

Con la información obtenida se establece un plan de intervención centrado en los siguientes objetivos específicos:

- INTERIORIZAR UN HÁBITO DE VIDA ESTRUCTURADO POR MEDIO DE LA ASISTENCIA DIARIA DEL USUARIO A LOS TALLERES DEL CENTRO
- FAVORECER LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN LOS TALLERES CON UN NIVEL VOLICIONAL CORRESPONDIENTE A LA FASE EXPLORATORIA
- PRESERVAR LAS CAPACIDADES Y HABILIDADES DEL PACIENTE DE LA FASE DE COMPETENCIA A TRAVÉS DE SU PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL TALLER OCUPACIONAL

Debido a que la jornada de la Terapeuta Ocupacional no posibilita realizar intervenciones individuales, la intervención es de carácter grupal intentado dentro del grupo dirigir los talleres hacia los objetivos que se quieren conseguir con cada paciente. Centrándonos en el usuario en cuestión establecemos:

<b>TALLERES</b> <b><u>Del CENTRO</u></b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>OBJETIVOS</b> <b>OPERATIVOS:</b>
<b>DESAYUNO</b>	L-M-X-V: 9:30-10h.  Los pacientes preparan el desayuno, se toman la medicación y se relacionan.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inculcar el cumplimiento de horarios</li><li>• Asegurar la toma de la medicación</li></ul>

<b>PRENSA</b>	<p>L-M-X-V:10-11h</p> <p>Cada día se encarga uno de los pacientes de ir a comprar el periódico, elegir cuatro noticias y el resto de pacientes eligen qué noticia les parece más relevante de leer y comentar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer orientación a la realidad</li> <li>• Facilitar la expresión de opiniones y crítica de los temas de sociedad</li> <li>• Afianzar el sentido de pertenencia a la sociedad y el rol de ciudadano.</li> </ul>
<b>TALLER CULTURAL</b>	<p>L: 11-12h.</p> <p>El taller cultural se divide en debate, música fórum y lectura de relatos. El debate consiste en elaborar una opinión sobre un tema, buscan información en internet y luego la exponen a los demás. El taller de música fórum se elige un cantante/grupo, se busca la biografía, letras de canciones, se elabora una opinión y se presenta al resto. La lectura de relatos consiste en leer en grupos un texto, sacar las conclusiones y ponerlas en común.</p>	<p>-Debate y música forum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despertar el interés del paciente por nuevos temas</li> <li>• Favorecer el uso de recursos para la búsqueda de información</li> <li>• Facilitar la participación dentro de un grupo</li> <li>• Establecer relaciones interpersonales con el resto de compañeros</li> </ul> <p>-Lectura de relatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ideas y enseñanzas que puedan extrapolarse a la vida diaria.</li> </ul>
<b>ESTIMULACIÓN COGNITIVA</b>	<p>M:11-12:30h</p> <p>Debido a la diferencia de nivel de habilidades cognitivas entre los pacientes, la mayoría de los días se hacen actividades individuales. Los días que se hacen actividades grupales se hacen juegos de mesa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar habilidades cognitivas, incidiendo en: atención, concentración y funciones ejecutivas.</li> <li>• Paliar los efectos de la medicación</li> </ul>

<b>ARTESANÍA</b>	<p>X: 11-12:30h.</p> <p>En este taller se prepara jabón a partir de moldes, se confeccionan cajas y otro tipo de actividades manipulativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar actividades que puedan despertar el interés del paciente</li> <li>• Trabajar la destreza manipulativa</li> <li>• Establecer sentimientos de eficacia en el usuario</li> <li>• Mejorar la autoestima</li> </ul>
<b>TRABAJO CORPORAL Y PASEO</b>	<p>Viernes: 11-12h.</p> <p>Los viernes se intercala entre trabajar habilidades físicas a partir de ejercicios que integran las diferentes del cuerpo (el trabajo corporal) o salir a dar un paseo.</p>	<p>-Trabajo corporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar habilidades físicas</li> <li>• Favorecer la conciencia corporal</li> <li>• Establecer un hábito de ejercicio físico</li> </ul> <p>-Paseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar una actividad física evitando el aislamiento.</li> <li>• Favorecer el contacto con el entorno</li> </ul>
<b>TALLER DE LIMPIEZA</b>	<p>Viernes:11-12h</p> <p>Consiste en la limpieza del centro haciendo un reparto de tareas entre los usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inculcar y adquirir un hábito de limpieza</li> <li>• Favorecer la restauración del rol de amo de casa perdido.</li> </ul>

<b>TALLER OCUPACIONAL</b>	<p>L-V: 15-19H.</p> <p>En el caso del paciente la hora de asistencia es de 16 a 18:00 horas con el fin de mantener un hábito estructurado. La tarea del taller consiste en unir piezas que luego van a enviarse a una empresa para servir en el montado de ventiladores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afianzar el rol y hábito productivo</li> <li>• Permanecer involucrado en la tarea</li> <li>• Tratar de corregir errores y resolver problemas</li> <li>• Interiorizar el sentido de eficacia</li> <li>• Motivar la asistencia por compensación económica.</li> <li>• Asegurar la toma de la medicación de la tarde</li> </ul>
---------------------------	--	---

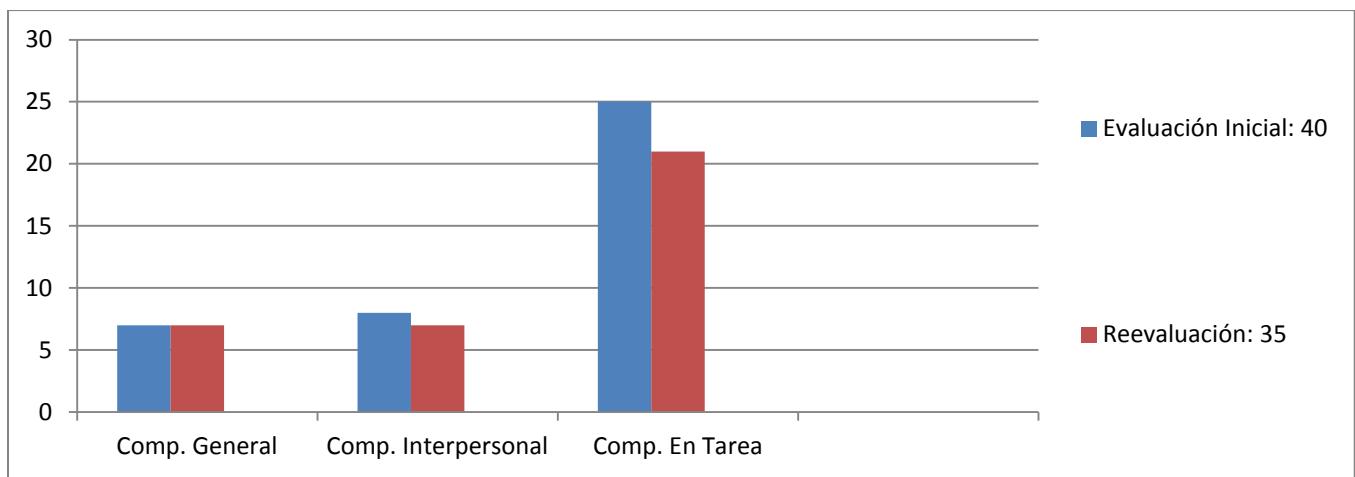
Debido a que la enfermedad ha tenido repercusiones negativas en el aspecto volicional del paciente, la intervención se ha centrado en el proceso de remotivación, el cual está guiado por el Modelo de Ocupación Humana. (18) En las tareas ocupacionales dentro de la fase exploratoria y en la participación del taller dentro de la fase de competencia.

## **DESARROLLO**

La reevaluación se ha realizado a los tres meses de la hecha inicialmente. En este período de tiempo no ha habido grandes cambios, sería necesario mayor tiempo de intervención para conseguir resultados notables.

Los resultados obtenidos al reevaluar por medio de escalas han sido los siguientes:

### **COTE:**



Cambios:

- Comportamiento general: no observamos cambios
- Comportamiento interpersonal: además de socializarse con la profesional se socializa con el compañero de tarea
- Comportamiento en Tarea: Le cuesta menos iniciar la tarea, se mantiene mayor tiempo concentrado, reconoce un problema pero no es capaz de resolverlo eficazmente, toma de decisiones si se le ofrecen alternativas.

Los cambios son mínimos ya que el paciente sigue presentando una acusada sintomatología negativa y las funciones ejecutivas siguen destacablemente alteradas.

OSA: A través de esta escala podemos identificar la capacidad del paciente para reconocer sus limitaciones. En contraste con la primera evaluación, percibimos al paciente más consciente de las dificultades que tiene, sobre todo a nivel de

vivienda, factor que puede estar influenciado por las frecuentes discusiones que tiene con la pareja por este tema.

No se ha cumplido el primer objetivo específico ya que el paciente acude regularmente al centro pero tiende a llegar tarde, en otras ocasiones es necesario llamarle por falta de asistencia. No consigue establecer este hábito por la fatiga que presenta y la vida poco estructurada que sigue. Además, no existe colaboración por parte de la pareja, lo que supondría una ayuda por ser un apoyo externo al centro. De hecho, recientemente las discusiones con la pareja provocan que el paciente vuelva a recurrir a la bebida y entonces el proceso de intervención se vea interferido.

Respecto al segundo objetivo, en el taller de artesanía se ha cumplido por ser actividades que le resultan gratificantes de hacer, pero en el resto de talleres sigue teniendo muchas dificultades para implicarse en la tarea ya que persiste la sintomatología negativa (abulia, apatía, fatiga).

El tercer objetivo se ha conseguido ya que el paciente sigue mostrándose implicado y manteniendo las habilidades necesarias.

Finalmente, podemos decir que no se ha conseguido una adherencia del usuario a la intervención por lo que los resultados positivos han sido mínimos. La falta de colaboración por parte de la familia y la pareja dificulta este proceso. Si se han obtenido los resultados esperados en el desempeño dentro del taller ocupacional, ya que el paciente se encuentra movido por el valor que le otorga al trabajo y con el taller recupera parte del rol de trabajador perdido.

## **CONCLUSIÓN**

En referencia al primer objetivo general, la capacidad de desempeño del paciente sigue deteriorada. Es necesario seguir incidiendo en asegurar la toma de la medicación y en la implicación del paciente en las actividades ocupacionales con el fin de obtener resultados positivos a nivel de desempeño y en la reducción de la sintomatología negativa. Con ambas vertientes de tratamiento (farmacológico y psicosocial) se pueden conseguir beneficios positivos en el paciente con esquizofrenia (19), además de una reducción de los síntomas negativos. (20)

En cuanto al segundo objetivo, la participación del paciente en el taller ocupacional tiene beneficios positivos, se muestra implicado y concentrado durante toda la tarea, con interés y, además, de esta forma recupera parte del rol del trabajador perdido, a lo que otorga gran valor. Esta participación proporciona beneficios a nivel motivacional ya que propicia sentimientos de satisfacción y autorrealización en el individuo con la consecuente mejora de la autoestima y calidad de vida. (21)

Podemos concluir que, actualmente una de las intervenciones psicosociales con mejor respuesta en trastornos mentales graves son los programas de rehabilitación laboral, ya que permiten a los pacientes conectar con los sentimientos de utilidad y confianza personal, además de tener la percepción de que contribuyen a la sociedad con sus tareas productivas como cualquier trabajador.(22) Ciento es que para este paciente disponer de una actividad de carácter productivo/laboral es importante ya que le permite seguir conectado con sus antiguas experiencias de competencia ocupacional y mantener uno de los hábitos que tenía antes de que se estableciera la enfermedad. Esta circunstancia es relevante ya que, la enfermedad, ha tenido un impacto negativo en las áreas de ocupación y este nexo de unión con la vida anterior nos proporciona un medio para trabajar el sentimiento de eficacia, la autoconfianza y la motivación del paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Elsevier Masson; 2002. Pg: 333-355.
2. Lemos Giraldez S. Esquizofrenia: Componentes de la personalidad como factores de riesgo. *Psicothema*. 1989; 1 (1-2): 55-69.
3. Fundamentos de medicina psiquiatría. [Internet] Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2004 [Consulta el 15 Febrero de 2013]. Disponible en:  
[http://books.google.es/books?id= kj0c73MKX8C&printsec=frontcover&dq=fundamentos+de+medicina+psiqui%C3%A1trica+esquizofrenia&hl=es&sa=X&ei=EWGRUaY\\_k47iBKL3gbgF&ved=0CFwQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id= kj0c73MKX8C&printsec=frontcover&dq=fundamentos+de+medicina+psiqui%C3%A1trica+esquizofrenia&hl=es&sa=X&ei=EWGRUaY_k47iBKL3gbgF&ved=0CFwQ6AEwCA#v=onepage&q&f=false)
4. Gastó Ferrer C, Penaldés R. Síndromes negativos y síndrome deficitario. En: Gastó Ferrer C, editor. Esquizofrenia y trastornos afectivos: avances en el diagnóstico y la terapéutica. Médica Panamericana; 2007. Pg. 55-62.
5. Grace M. Trastornos, recursos y evidencia relacionada. En: Crepeau E, editor. Terapia Ocupacional. 11<sup>a</sup> ed. Buenos aires: Médica Panamericana; 2011. P. 1059-1062.
6. Vázquez M, Catalán R. Epidemiología y factores de riesgo. En: Gastó Ferrer C, editor. Esquizofrenia y trastornos afectivos: avances en el diagnóstico y la terapéutica. Médica Panamericana; 2007. Pg 27-36.
7. Penadés Rubio R, Villalta Gil V, et al. Esquizofrenia. En: Bruna O, Roig T, et al, editors. Rehabilitación neuropsicológica: intervención y práctica clínica. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. P. 207-228.
8. Psicosis incipiente.: Tizón García J. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2009; 29 (103): 35-62.

9. Alcoholismo: Casas Brugué M, Guardia Sereigni J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones: Revista de socidrogalcohol. 2002 14 (1):195-220.
10. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo [Internet]. Oviedo: Asociación española de neuropsiquiatría; 2003 [consulta el 20 de febrero 2013] Disponible en:  
[http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf)
11. Programa de trastornos mentales graves [Internet] Extremadura: Cuaderno técnico de Salud Mental; 2007 [consulta el 23 de febrero de 2013]. Disponible en:[http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/TRASTORNOS\\_MENTALES\\_GRAVES.pdf](http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/TRASTORNOS_MENTALES_GRAVES.pdf)
12. Noya Arnaiz B. Centros de rehabilitación psicosocial: praxis de la Terapia Ocupacional. En: Durante Molina P, Nova Arnaiz B, editors. Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson; 2001. P. 165-176.
13. Vaquero Sánchez M. Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial. A propósito de un caso clínico de esquizofrenia paranoide. TOG (A Coruña) [reviste en internet]. 2011 [Consulta 20 de febrero de 2013]; 8(14): [12 pag.]. Disponible en:  
<http://www.revistatog.com/num14/pdfs/caso2.pdf>
14. Grieve J, Gnanasekaran L. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Cognición en el desempeño ocupacional. 3<sup>a</sup>ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009. Pg 3-4.
15. Occupational therapy and mental health [Internet]. China: Churchill Livingstone ELSEVIER; 2008 [consulta el 23 de Marzo de 2013] Disponible en:  
[http://books.google.es/books?hl=es&lr=lang\\_es|lang\\_en&id=hjrRkIgwiq4C](http://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es|lang_en&id=hjrRkIgwiq4C)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1234567/>

16. Kielhofner G, Forsyth K, et al. Autoevaluaciones: facilitación de la perspectiva de los clientes. En: Kielhofner G, editor. *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación*. 4<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. P. 237-261.

17. Sanz Valer P, Bellido Mainar JR. Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. TOG (A Coruña) [revista de Internet]. 2012 [consulta el 25 de Abril de 2013]; 9(15): [34 p.]. Disponible en:  
<http://www.revistatog.com/num15/pdfs/original8.pdf>

18. Gloria de las Heras C, Kielhofner G, Llerena V. Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volucionales severos. 2003.

19. Cardoso Buchain P, Dias Barbosa Vizzotto A, et al. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Revista Brasileña Psiquiatría*. 2003; 25(1):26-30.

20. Klingberg S, Wölwer W, Engel C, et al. Negative Symptoms of Schizophrenia as Primary Target of Cognitive Behavioral Therapy: Results of the Randomized Clinical Study. *Bulletin Schizophrenia*. 2011; 37 (2): 98-110.

21. Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2002; 28 (2): 249-257.

22. Caro Rebollo FJ, de la Cámara Izquierdo C, et al. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. Pg. 87-96.

## **ANEXOS**

### **Anexo1:**

#### **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 conducido por Isabel Francés Peña, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es realizar una observación y seguimiento de un caso clínico.

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). 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 Isabel Francés Peña. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es realizar una observación y un seguimiento de la intervención desde T.O. en el Centro Psicosocial Moncayo.

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.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

30-1-13

**Anexo 2:**

**NIVEL DE INTERÉS EN ACTIVIDADES**

NOMBRE

FECHA.....

Para cada actividad, marca todas las columnas que describen tu nivel de interés en esa actividad

ACTIVIDAD	¿Cuál ha sido tu nivel de interés?						¿Participas actualmente en esta actividad?	¿Te gustaría realizarla en el futuro?		
	En los últimos 10 años			En el último año						
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Jardinería	X				X		X	X		
Coser		X								
Jugar a las cartas	X				X		X	X		
Hablar, leer, aprender idiomas extranjeros			X		X		X	X		
Participar en actividades religiosas		X			X		X	X		
Escuchar la radio	X				X		X	X		
Caminar		X			X		X	X		
Mecánica (reparar coches) <i>moto</i>		X			X		X	X		
Escribir			X		X		X	X		
Bailar		X			X		X	X		
Jugar al golf			X		X		X	X		
Jugar o ver fútbol	X				X		X	X		
Escuchar música popular	X				X		X	X		
Puzzles			X		X		X	X		
Celebrar días festivos	X				X		X	X		
Ver películas en el cine	X				X		X	X		
Escuchar música clásica		X			X		X	X		
Asistir a charlas, conferencias			X		X		X	X		
Nadar <i>verano</i>		X			X					
Jugar a los bolos	X				X			X		
Ir de visita		X						X		
Arreglar ropa			X							
Jugar damas/ ajedrez	X				X		X	X		
Hacer barbacoas	X				X		X	X		
Leer	X				X		X	X		
Viajar		X			X					
Ir a fiestas	X				X		X	X		
Practicar o ver lucha libre			X		X		X	X		
Limpiar la casa	X				X		X	X		
Construir cosas			X							
Ver la televisión	X			X			X	X		
Ir a conciertos	X				X		X	X		
Hacer cerámica			X		X		X	X		
Cuidar mascotas			X		X		X	X		

ACTIVIDAD	Últimos 10 años			Último año			actualmente		futuro	
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno	SÍ	NO	SÍ	NO
Acampar	X					X		X		X
Lavar/planchar		X				X		X		X
Participar en política			X			X		X		X
Jugar <u>juegos de mesa</u>	X				X		X		X	
Decorar interiores			X			X		X		X
Pertenecer a un club		X				X		X		X
Cantar		X	X							
Ser scout			X							
Mirar escaparates/ comprar ropa		X				X		X		X
Ordenar cosas	X					X		X		X
Ir a la peluquería	X					X		X		X
Montar en bicicleta	X					X		X		X
Ver un deporte	X			X				X		X
Observar pájaros		X								
Carreras de coches		X								
Arreglar la casa	X					X		X		X
Hacer ejercicios		X				X		X		X
Cazar			X							
Bricolaje, carpintería		X				X		X		X
Hacer gimnasia	X					X		X		X
Conducir	X					X		X		X
Cuidar niños			X							
Jugar al tenis		X								
Cocinar	X					X		X		X
Jugar al baloncesto			X			X				
Estudiar historia	X							X		X
Coleccionar			X							
Pescar		X						X		X
Estudiar ciencia			X							
Marroquinería			X							
Ir de compras	X					X		X		X
Sacar fotografías			X			X		X		X
Quedarse con amigos	X							X		X
Ir de excursión		X						X		X
Ver exposiciones, museos			X							
Hacer pasatiempos		X								
Leer el periódico, revistas		X				X		X		X
Informática		X				X		X		X
Maquillaje		X								
Pintar		X								
Jugar al tenis de mesa		X								

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scappa (1982).  
 Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT 1983  
 Modificado y traducido por Elsa Mundo OTR/L (1985)  
 Revisado por Elsa Mundo OTR/L (1985)

### **Anexo 3:**

Seminario de Evaluaciones Estandarizadas en Terapia Ocupacional  
Lic. TO Mariel Pellegrini

#### **RESUMEN DEL LISTADO DE ROLES**

Nombre y apellido ..... Edad: ..... Fecha: .....

Estado civil: ..... Grupo de convivencia: .....

ROL	Incumbencia Percibida			Valor Asignado		
	Pasado	Presente	Futuro	Ninguno	Alguno	Mucho
ESTUDIANTE	X		X		X	
TRABAJADOR	X					X
VOLUNTARIO	X		X		X	
PROVEEDOR DE CUIDADO	X					X
AMA / O DE CASA	X		X		X	
AMIGO	X	X	X			X
MIEMBRO DE FAMILIA		X				X
MIEMBRO ACTIVO DE GRUPO RELIGIOSO				X		
AFICIONADO	X					X
PARTICIPANTE DE ORGANIZACIONES	X		X			X
OTROS ROLES						

COMENTARIOS:

#### **FIRMA DEL TERAPISTA OCUPACIONAL**

Basado en el "Role Checklist", Frances Oackley MS, OTR/L, Servicio de Terapia Ocupacional, Departamento de Medicina de Rehabilitación, Centro Clínico, Instituto Nacional de Salud.  
Traducido por Elsa Mundo, OTR/L, 1985.

3

## **Anexo 4:**

PASO 1: Abajo hay afirmaciones acerca de cosas que hace en su vida diaria. Para cada afirmación, marque con un círculo cuan bien lo hace. Si un ítem no es aplicable en Ud., descártelo y muévase al siguiente ítem.						
PASO 2: Ahora, para cada afirmación marque con un círculo cuan importante es para usted.						
PASO 3: Elija cuatro aspectos acerca de usted mismo que le gustaría cambiar...						
	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago sumamente bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto es tan importante para mí	Esto es muy importante para mí
1. Concentrar-me en mis tareas	gran problema	un poco difícil	bien	<input checked="" type="checkbox"/>	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Hacer físicamente lo que necesita hacer	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Cuidar el lugar donde vivo	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Cuidarme a mí mismo	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Cuidar de otros de quien soy responsable	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Llegar donde necesito ir	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Manejar mis finanzas	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	importante	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Manejar mis necesidades básicas (alimentación, medicina)	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
9. Expresarme con otros	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
10. Llevarme bien con otros	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
11. Identificar y resolver problemas	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
12. Relajarme y disfrutar	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
13. Completar lo que necesito hacer	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
14. Tener una rutina satisfactoria	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
15. Manejar mis responsabilidades	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
16. Participar como estudiante, voluntario y/o miembro de familia	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
17. Hacer las actividades que me gustan	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante
18. Trabajar con respeto a mis objetivos personales	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante

19. Tomar decisiones basadas en lo que yo pienso que es importante	gran problema <input checked="" type="checkbox"/>	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante <input checked="" type="checkbox"/>	sumamente importante
20. Llevar a cabo lo que yo planeé hacer	gran problema <input checked="" type="checkbox"/>	un poco difícil <input checked="" type="checkbox"/>	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante <input checked="" type="checkbox"/>	sumamente importante
21. Usar con eficacia mis habilidades	gran problema <input checked="" type="checkbox"/>	un poco difícil	bien <input checked="" type="checkbox"/>	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante <input checked="" type="checkbox"/>	sumamente importante

Por favor evalúe los resultados.

OSA

**AUTOEVALUACION OCUPACIONAL**

**MI AMBIENTE**

Nombre:  
Fecha:  
T.O:

**PASO 1:** Debajo hay afirmaciones acerca de su ambiente (dónde vive, trabaja, o va al colegio, etc.). Para cada afirmación, marque con un círculo cuan importante es este aspecto del ambiente para usted. Si un ítem no es aplicable para Ud., descártelo y muévese al siguiente

**PASO 2:** Ahora, para cada afirmación marque con un círculo cuan importante es este aspecto del ambiente para usted

**PASO 3:** Elija 1 o 2 aspectos acerca de su ambiente que le gustaría cambiar.

	Hacer esto es un gran problema para mí	Hacer esto es un poco difícil para mí	Esto lo hago bien	Esto lo hago sumamente bien	Esto no es tan importante para mí	Esto es importante para mí	Esto es muy importante para mí	Esto es sumamente importante para mí	Me gustaría cambiar ...
1. Un lugar para vivir y cuidarme a mí mismo	gran problema	un poco difícil	bien	sumamente bien	no tan importante	importante	muy importante	sumamente importante	①
2. Un lugar donde yo puedo ser productivo (trabajar, estudiar, voluntariado)									
3. Las cosas básicas que necesito para vivir y cuidarme a mí mismo									
4. Las cosas que necesito para ser productivo									
5. Personas que me apoyen y me alienten									

6. Personas que hagan cosas conmigo			X			
7. Oportunida- des de hacer cosas que yo quiero y me gustan				X		
8. Lugares donde yo puedo ir a disfrutar			X		X	

## Anexo 5:

### ANEXO I: Anotación de puntuaciones de la COTE

Nombre del paciente

Fecha de Evaluación:

TO Evaluador:

30 Enero (1<sup>er</sup> Evalu.)  
3 Mayo (2<sup>da</sup> Evalu.)

Escala: 0-Normal, 1-Mínimo, 2-Leve, 3-Moderado, 4-Severo

I. Comportamiento General		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Apariencia		3	3													
b. Comportamiento no productivo		1	1													
c. Nivel de actividad (a o b)		0	1													
d. Expresión		2	2													
e. Responsabilidad		1	1													
f. Asistencia/Puntualidad		1	1													
g. Orientación a la realidad		0	0													
h. Conceptualización																
Sub-total		7	7													
II. Comportamiento interpersonal		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Independencia		3	3													
b. Cooperación		0	0													
c. Autoafirmación (a o b)		4 (poco)	4													
d. Sociabilidad		1	0													
e. Demanda de atención		0	0													
f. Respuesta negativa de otros		0	0													
Sub-total		8	7													
III. Comportamiento en la tarea		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
a. Compromiso		2	1													
b. Concentración		2	1													
c. Coordinación		0	0													
d. Seguir instrucciones		2	2													
e. Limpieza de la actividad o atención a detalles		4	4													
f. Resolución de problemas		4	3													
g. Complejidad y organización de la tarea		2	2													
h. Aprendizaje inicial																
i. Interés en la actividad		3	3													
j. Interés en completar la tarea		2	2													
k. Toma de decisiones		4	3													
l. Tolerancia a la frustración		1	1													
Sub-total		29	21													
TOTAL		40	35													

Comentarios:

cabellu llimp  
y perido  
cudeo d  
tarde  
TO intenc  
rabo rato