



**Universidad  
Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud**



***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2011 / 2012\_\_

TRABAJO FIN DE GRADO  
<Esquizofrenia y Modelo de Ocupación Humana >

**Autor/a:** <Diana María López García>

**Tutor/a:** <Lucía Monteagudo Ejea >

## RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al 1% de la población mundial. Conlleva deterioro para organizar el pensamiento, relacionarse con otras personas y distinguir los procesos mentales internos de lo que proviene del mundo externo. Todo ello conduce a una disminución del desempeño ocupacional.

En este trabajo se realiza una revisión bibliográfica del tema y un análisis de datos extraídos de un caso único. El objetivo es analizar cómo se afectan los subsistemas del MOHO en general y compararlos con un caso.

Los resultados encontrados son la existencia de una alteración en la volición (deterioro de la causalidad personal, dificultad en el establecimiento de metas y objetivos, pérdida de intereses), alteraciones en el subsistema de habituación (deterioro de la rutina diaria y pérdida de roles), y alteraciones en el subsistema de ejecución (deterioro de las habilidades tanto de procesamiento como de comunicación e interacción).

Al comparar los resultados de los datos del caso estudiado podríamos hablar de una congruencia en las consecuencias que la esquizofrenia produce en los subsistemas del MOHO si bien con algunas variantes, ya que cada persona es única y la afectación que produce la enfermedad en cada individuo también.

## ÍNDICE

Introducción.....	2-4
Objetivos.....	4
Metodología.....	4
Desarrollo.....	4-8
Conclusiones.....	8

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial<sup>(1,2)</sup>. Lorenzo Bragado define la esquizofrenia como "una psicosis, de etiología multifactorial, que se caracteriza por importantes alteraciones del pensamiento, la sensopercepción, el lenguaje, el afecto, la psicomotricidad, la conducta y los ritmos biológicos"<sup>(3,4)</sup>. Aunque la esquizofrenia suele diagnosticarse por exclusión, hay algunos síntomas que se asocian más con esta enfermedad que con otros trastornos. Entre otros se encuentra el deterioro para organizar el pensamiento, relacionarse con otras personas y distinguir sus procesos mentales internos de lo que proviene del mundo externo.

Kraepelin se dio cuenta de que la "demencia precoz" o esquizofrenia se caracterizaba por la ausencia de síntomas afectivos generalizados y que estaba marcada por una evolución deteriorante. Además de describir la demencia precoz y sus alucinaciones (síntomas positivos) también describió otro síndrome en el cual había una pérdida de voluntad y un embotamiento afectivo (síntomas negativos).

Otro psiquiatra contemporáneo del anterior, Bleuler, creía que eran más importantes los síntomas negativos que los síntomas psicóticos y deteriorantes. Fue Bleuler quién acuñó el término de esquizofrenia o escisión de la mente ya que consideró a ésta la característica más importante de esta enfermedad.

Tanto Kraepelin como Bleuler distinguen entre síntomas positivos, como las ideas delirantes y las alucinaciones, y los síntomas negativos (ausencia de motivación, empobrecimiento del lenguaje, retraimiento social, falta de atención, deterioro del aspecto personal, etc)<sup>(1, 2)</sup>.

Los criterios del DSM-IV para diagnosticar la enfermedad tienen en cuenta los síntomas característicos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y síntomas negativos), la existencia de una disfunción a nivel social y laboral, la duración y la exclusión de otros trastornos<sup>(5)</sup>.

Se desconocen las causas de la esquizofrenia, pero alguno de los factores de riesgo que se dan en esta enfermedad son los factores genéticos, la edad (suele aparecer en la juventud), el sexo (aparece antes en hombres que en mujeres), complicaciones fetales y perinatales, clase social (la prevalencia de esquizofrenia es más elevada en la clase social más baja), estado civil, inmigración, urbanización (la prevalencia es más elevada en las zonas urbanas que en las rurales), personas sin hogar, factores estresantes y el ambiente<sup>(2,6,7)</sup>.

Los trastornos que se producen en el pensamiento llevan a una disminución del desempeño ocupacional que afecta a todas las esferas de la persona<sup>(4)</sup>.

Dependiendo de la etapa de la vida en la que aparezca la enfermedad se pueden producir dificultades en la adquisición de ciertos roles y habilidades.

El MOHO emplea como base interdisciplinaria conceptos provenientes de otras disciplinas, lo cual posibilita un marco teórico para explicar las necesidades y motivaciones de participar en ocupaciones que proporcionen significado y satisfacción, manifestándose en el comportamiento<sup>(8)</sup>.

Fue concebido por Gary Kielhofner a principios de los ochenta, quien se basó originalmente en la teoría de los sistemas abiertos, y en reflexiones posteriores incorporó las teorías del caos y la de los sistemas dinámicos. Este modelo sostiene que toda forma de intervención genera cambios<sup>(8)</sup>. Este Modelo se puede dividir en tres subsistemas: el subsistema de Volición, el de Habitación y el de Ejecución. El nivel más alto influye sobre los sistemas inferiores, a la vez que los sistemas inferiores también afectan a los grados más altos. El nivel más alto dentro de esta clasificación lo ocupa el subsistema de Volición. La volición se puede definir como la energía y los impulsos innatos para actuar de ciertas maneras. Este sistema es el encargado de iniciar la acción. El siguiente nivel es el de Habitación. Aquí se incluyen los componentes que ordenan el comportamiento en patrones. Este sistema está gobernado por las elecciones del subsistema de Volición. Por último, el grado más bajo dentro de este sistema abierto lo compone el subsistema de Ejecución, que corresponde a las capacidades básicas para la acción (habilidades).

El caso que se va a desarrollar tiene lugar en un centro de día para personas sin hogar (sin apoyo socio-familiar) con trastorno mental grave. Es un centro que trata de permitir a las personas atendidas mejorar la calidad de vida, buscando alcanzar un nivel de autonomía suficiente para su adecuada integración en la sociedad.

Un porcentaje importante de los pacientes atendidos presentan estas características comunes: pobreza severa, aislamiento social (falta de apoyos), ruptura de vínculos familiares y sociales, deterioro personal, carencia de un lugar de soporte social y alojamiento, problemática en el área ocupacional laboral, inadecuado contacto con la red de servicios sanitarios y sociales, trastorno mental grave y perfil multiproblemático.

El Centro de día se concibe como un recurso que ofrece diversas oportunidades de atención, garantizando unos mínimos en cuanto a salud, hábitos, economía, ocupación, autonomía, seguimiento médico-psiquiátrico, y por lo tanto, la mejora en la calidad de vida. Se concibe como un lugar de experimentación donde pueden aumentar la confianza en si mismos y su autoestima. Ofrece la posibilidad de generar una vinculación afectiva y una rutina que dé estructura a su día, base para trabajar otros aspectos. También facilita la exploración, la experimentación y el aprendizaje de habilidades, proporcionando los cimientos que faciliten la inserción social en servicios más normalizados.

Desde el Modelo de Ocupación Humana, la Terapia Ocupacional se basa en las creencias, motivaciones y los intereses de las personas para facilitar la reestructuración de su desempeño ocupacional, ya que éste se ha visto alterado por la situación de calle en la que se desarrollan sus vidas<sup>(9)</sup>.

## OBJETIVOS

Con este trabajo se pretende conseguir una idea de cómo los subsistemas del modelo de ocupación humana<sup>(10)</sup> se ven afectados en la esquizofrenia y cómo pueden afectar a la vida diaria de la persona afectada. Además se analizará esta situación en un caso de esquizofrenia paranoide para comprobar si son correctos los hallazgos expuestos con anterioridad.

## METODOLOGÍA

En la recolección de información se han buscado artículos en revistas propias de la Terapia ocupacional como el American Journal of Occupational Therapy, British Journal of Occupational Therapy, la Revista Chilena de Terapia Ocupacional, el Scandinavian Journal of Occupational Therapy y la Revista Gallega de Terapia Ocupacional. Las palabras clave utilizadas han sido "volition", "model of occupational therapy", "roles", "schizophrenia", "activities of daily living", "cognition disorders", etc.

En cuanto a la obtención de datos para el caso clínico se han utilizado los siguientes test: el Cuestionario Volicional, el Listado de Intereses, el Listado de Roles y el ACIS. Además se ha empleado la observación como método para obtener datos de cómo se relaciona la persona en el centro de día y cómo es su desempeño en las áreas de AVD, productiva, y ocio. También se ha obtenido información a través de interacciones con la persona y con una entrevista semiestructurada.

## DESARROLLO

En este apartado se van a desarrollar en un primer lugar las alteraciones que se producen en los diferentes subsistemas del modelo de ocupación humana en la esquizofrenia. Después se detallará eso mismo pero teniendo como referencia a una persona.

La conducta ocupacional es diferente en cada individuo según su modo de conectarse con el mundo<sup>(11)</sup>. Por esta razón, las personas con esquizofrenia sufren una alteración de los diferentes subsistemas, que influyen en su capacidad de desempeño.

### Alteraciones volicionales en la esquizofrenia.

La alteración de la volición, o falta de motivación, es una de las características principales de esta enfermedad<sup>(1)</sup>. Se puede encontrar deterioro en la causalidad personal, que es el sentido de eficacia de la propia persona. También se pueden ver afectados los valores, influenciados por el nuevo estado en el que se encuentra la persona. Al alterarse los valores también se puede modificar el sentido de eficacia. Asimismo, los intereses también se ven transformados al ser incompatibles con las capacidades residuales de las personas con enfermedad. Se puede perder la capacidad de discriminación de intereses y la potencia con la que en el momento actual se presentan respecto a antes de la enfermedad <sup>(8)</sup>.

### Alteraciones en el subsistema de habituación en la esquizofrenia.

En el Modelo de Ocupación Humana<sup>(10)</sup>, los roles son un componente importante dentro del subsistema de habituación. La adquisición de roles, el cambio y la pérdida de éstos ocurren de manera natural en el transcurso de la vida de las personas. Sin embargo, cuando aparece la enfermedad, este ciclo se ve afectado<sup>(12)</sup>.

Como se ha dicho anteriormente, este subsistema está gobernado por el de Volición. Los hábitos y roles se verán modificados en función de las alteraciones del subsistema anterior. Si se deja de dar valor a un hábito o a un rol o se cree que no se es bueno en el desempeño de ese rol, es muy probable que se deje de realizar. Cuando aparece una enfermedad crónica, los roles adquiridos hasta entonces se ven afectados, o incluso hay un impedimento para la adquisición de nuevos roles <sup>(3,12,13)</sup>.

### Alteraciones en el subsistema de ejecución en la esquizofrenia.

Por último, las personas con esquizofrenia tienen alteraciones en algunas habilidades, sobre todo de procesamiento y de comunicación e interacción<sup>(14,15)</sup>. Esta disfunción, tanto cognitiva como social, influye en el autoconcepto de uno mismo, que se deteriora, al igual que los roles y hábitos que requieren cierto nivel de procesamiento o de interacción social.

### Alteraciones de los subsistemas del MOHO en una persona con esquizofrenia.

La usuaria es una mujer de 43 años. Separada. Con un nivel de estudios primarios sin finalizar. No recibe ningún tipo de prestación económica por su situación de discapacidad. Diagnosticada de esquizofrenia paranoide.

El primer ingreso se produce en 1986, a la edad de 18 años, por presentar conductas extravagantes. Pasa 25 años sin tomar medicación. Se produce un nuevo ingreso en 2011 al presentar conductas de aislamiento, soliloquios, abandono de los hábitos de vida, restricción alimentaria, conductas sugestivas de vivencias autorreferenciales y de perjuicio e ideación delirante de perjuicio

no estructurada. En septiembre de 2011 es derivada por el hospital a un centro de día para personas sin hogar con trastorno mental grave.

## EVALUACIÓN

Los primeros días de estancia en el centro de día se empleó la observación como medio de evaluación. Es necesario esperar un tiempo a que la usuaria se vincule con el centro para empezar las evaluaciones más formales.

Las evaluaciones que se emplearon son las siguientes:

- Cuestionario Volicional<sup>(16)</sup>: es una evaluación diseñada para reunir información sobre la volición a partir de la observación. Se pretende conocer el grado de motivación de la persona en contextos y actividades diferentes.
- Listado de Intereses<sup>(17,18)</sup>: se trata de una lista con una gran variedad de intereses, en la que el usuario tiene que indicar su nivel de interés en la actividad, si la realiza en estos momentos y si le gustaría hacerla en el futuro. Se utiliza para obtener datos acerca de cuáles son las actividades que más le gustan y su patrón.
- Listado de Roles<sup>(19)</sup>: el propósito de esta evaluación es identificar los diferentes roles que el usuario llevaba a cabo en el pasado, presente y futuro y la incumbencia percibida de cada uno de ellos.
- ACIS<sup>(20)</sup>: es una herramienta de observación diseñada para medir el desempeño de un individuo dentro de un grupo social. Indica cómo son las habilidades de comunicación e interacción de la persona.
- Hojas de registro: en ellas se anota las observaciones sobre el desempeño de la usuaria en las áreas ocupacionales de autocuidado, productiva y de ocio.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

### Subsistema volitivo.

Con el Cuestionario Volicional podemos señalar como es la volición de la usuaria en diferentes actividades.

En las actividades cognitivas, de habilidades sociales y de ocio, la usuaria muestra una conducta pasiva en la mayoría de los ítems, sobre todo, en los que se relacionan con los niveles más altos de volición como el nivel de competencia o logro.

En las actividades psicomotrices y productivas la puntuación que se da en la mayoría de los ítems es la de dudoso. La usuaria muestra que estas actividades le gustan.

El Listado de Intereses<sup>(17,18)</sup>, pone de manifiesto el tipo de actividades que prefiere la usuaria, que son las de carácter individual, sobre todo las relacionadas con el mantenimiento y cuidado del hogar y las actividades manuales. También le interesan las actividades físicas suaves como el baile o caminar. Sin embargo, las actividades cognitivas o que requieran creatividad no le gustan. Muchos de los intereses de la usuaria en el presente coinciden con los que desea tener en el futuro, aunque hay algunas actividades que no realiza en el momento de la evaluación pero que le gustaría realizar en el futuro.

En las hojas de registro, se observa una baja motivación por participar en actividades de autocuidado y ocio. Sin embargo le da valor a este tipo de actividades y a las de mantenimiento del hogar. También da valor al trabajo. La causalidad personal en las actividades cognitivas y creativas es muy baja.

En los resultados del Cuestionario Volicional se observa que el indicador volicional que más se repite es el de pasivo. Esto significa que no muestra el comportamiento evaluado aunque el terapeuta le apoye o estimule. Esto puede indicar una baja autoestima, ansiedad ante lo novedoso o bajo interés por el ambiente.

En las actividades en las que el indicador que se marca es el de dudoso, la usuaria muestra el comportamiento pero con el máximo grado de apoyo, estructura o estimulación. Este puntaje implica poca autoconfianza o baja causalidad personal.

Teniendo en cuenta estos datos, la usuaria se encontraría en un nivel exploratorio<sup>(21)</sup> debido a su baja motivación. En esta etapa las personas intentan cosas nuevas. Las personas que tienen una motivación muy baja tienen dificultad en este nivel porque han perdido el placer en la acción ya que no poseen una motivación intrínseca que les impulse a explorar el ambiente.

En el Listado de Intereses, como se puede ver, la usuaria distingue intereses y mantiene un patrón muy claro sobre las actividades que prefiere que se pueden resumir en actividades individuales relacionadas con la limpieza del hogar y de actividad física suave, como bailar o caminar.

#### Subsistema de habituación.

Con el Listado de Roles se pretende tener una visión de los roles de la usuaria en el pasado, en el presente, y cuales desea tener en el futuro. Además se conocerá el valor que da a cada uno de ellos.

En el pasado participó en roles productivos, como el de estudiante o trabajadora. También en roles como el de proveedora de cuidados, ama de casa, amiga, miembro de familia y aficionada. En el presente solo conserva el rol de ama de casa y el de miembro de familia. En el futuro le gustaría tener

los roles de proveedora de cuidados, ama de casa, amiga, aficionada y trabajadora.

El máximo valor asignado a estos roles es a los de carácter productivo (estudiante, trabajador), proveedor de cuidados, amigo y aficionado. A los roles de ama de casa o miembro de familia le da algún valor.

Como se puede ver, los roles que quiere desarrollar en el futuro coinciden con aquellos que ella considera más importantes. Sin embargo, el rol de ama de casa solo tiene algún valor para ella, siendo este rol el único que ha mantenido a lo largo de toda la vida.

Las observaciones anotadas en las hojas de registro destacan los hábitos de autocuidado (peinarse, maquillarse) y el de participar en actividades de ocio en su hogar. Mantiene el rol de ama de casa pero no mantiene el rol de trabajador.

#### Subsistema de ejecución.

ACIS: la mayoría de los indicadores refieren un desempeño inefectivo. El desempeño de esta persona interfiere en su rendimiento, tanto a nivel de comunicación como de interacción. El mayor déficit se da en el intercambio de información y en las relaciones interpersonales, ya que la mayor parte del tiempo está en una situación de aislamiento.

Además de las dificultades para la comunicación y la interacción, la usuaria presenta dificultades en las habilidades de procesamiento.

## CONCLUSIONES

Las principales conclusiones son:

En el subsistema **volitivo**, hay una clara falta de motivación, consecuencia de la enfermedad<sup>(1)</sup>. En la esquizofrenia suele haber una pérdida de la capacidad para discriminar intereses<sup>(8)</sup>, aunque en el caso que se presenta, la usuaria mantiene esa capacidad. La causalidad personal de las personas con esquizofrenia también se ve afectada, ya que el locus de control se torna externo<sup>(22)</sup>. Los valores también pueden variar como consecuencia del estado en el que se encuentra la persona, ya que estos influyen en la autovaloración personal<sup>(8)</sup>.

En el subsistema de **habituación** existe una pérdida de roles<sup>(12,13)</sup>. Las personas con disfunción psicosocial, como pasa en la esquizofrenia, suelen encontrarse en el rol de personas que reciben cuidados. Sin embargo, aunque en estos momentos la usuaria se encuentra en esa situación, no descarta la posibilidad de adquirir el rol de proveedora de cuidados.

Por último, en el subsistema de **habituación** se pueden observar las deficiencias en las habilidades cognitivas<sup>(14,15)</sup> y las de comunicación e interacción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen, B. J: Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. En: Psiquiatría: Teoría y Práctica. 1 ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. pp. 239-287.
2. Carpenter, W. T. y Buchanan, R. W. Esquizofrenia: Introducción y generalidades. En: Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Tratado de psiquiatría/ VI. Vol 2, 6ª ed. Buenos Aires: editorial Inter-médica; 1997. pp. 837-847.
3. Lorenzo MJ, De la Vega P, Blanco AL. Exploración y tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Blanco AL, Gómez MV. Editores. Exploración y terapéutica psiquiátrica. Plasencia: Edición de los autores; 2001.
4. Escudero López MA, Cantero Garlito PA. A propósito de un caso con esquizofrenia paranoide. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [03/03/2012]; 7(11): [11 p.]. Disponible en <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/caso2.pdf>
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
6. Karno, M. y Norquist, G. S. Esquizofrenia: epidemiología. En: Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Tratado de psiquiatría/ VI. Vol 2, 6ª ed. Buenos Aires: editorial Inter-médica; 1997. pp.848-854.
7. Warner R. y Girolamo, G. epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: Esquizofrenia. Madrid: ed. Meditor, 1995.
8. Kielhofner, G. Modelo de Ocupación Humana, teoría y Aplicación. Montevideo: Editorial Médica Panamericana, 2004.
9. González, A., Tovar, J., Rada, Y., & Posani, M. Desarrollo del modelo terapéutico del sistema de protección social desde el enfoque del modelo de ocupación humana con personas que han vivido en situación de calle en Venezuela. Caracas, 2011.
10. Kielhofner, G. A model of human occupation: Theory and application. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.
11. Lindel, N. B. conducta ocupacional y desocupación. En Panel "Sociedad Actual y Salud"; Municipalidad de San Nicolás, 1995.

12. Anne E. Dickerson, Frances Oakley. Comparing the Roles of Community-Living Persons and Patient Populations. *American Journal of Occupational Therapy*. 1995; 49, 221-228.
13. Prusti, S., & Bränholm, I. B. Occupational roles and life satisfaction in psychiatric outpatients with vocational disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 1998; 145-149.
14. Cavieres, A. y Valdebenito, M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2005; 43 (2): 97-108.
15. McAnanama, E. P., Rogosin-Rose, M. L., Scott, E. A., Jaffe, R. T., & Kelner, M. Discharge planning in mental health: The relevance of cognition to community living. *American Journal of Occupational Therapy*. 1999; 53, 129-135.
16. de las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. El cuestionario volicional. (Versión 4.0). Chicago: Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Illinois, 2002.
17. Matsutsuyu, J. The interest checklist. *American Journal of Occupational Therapy*. 1969; 23, 323-328.
18. Kielhofner, G., & Neville, A. The modified interest checklist. Unpublished manuscript. Universidad de Chicago, Chicago, 1983.
19. Oackley, F., Kielhofner, G., & Barris, R. An occupational approach to assessing psychiatric patients' adaptative functioning. *American Journal of Occupational Therapy*. 1985; 39, 147-154.
20. Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. The assessment of Communication and Interaction Skills (version 4.0). Chicago: Department of Occupational Therapy, University of Illinois at Chicago, 1998.
21. de las Heras, C. G., Llerena, V., & Kielhofner, G. Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos. (Versión 1.0). Chicago: Departamento de Terapia Ocupacional, Universidad de Illinois, 2003.
22. Eklund, M. Perceived control: How is it related to daily occupation in patients with mental illness living in the community? *American Journal of Occupational Therapy*. 2007; 61, 535-542.