



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

INTERVENCIÓN EN UN CASO ÚNICO DE
ESQUIZOFRENIA EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS
DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

INTERVENTION IN A SINGLE CASE OF
SCHIZOPHRENIA IN A SUBACUTE UNIT USING
OCCUPATIONAL THERAPY

Autor/es

Carmen Lamana Claver

Director/es

Marta Pilar Jiménez Cortés

Facultad de ciencias de la salud
2022

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| OBJETIVOS | 6 |
| METODOLOGÍA | 6 |
| DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL..... | 6 |
| A. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN INICIAL | 6 |
| B. SECUENCIA TEMPORAL DE LA VALORACIÓN INICIAL: | 8 |
| C. RESULTADOS EVALUACIÓN INICIAL | 8 |
| C. 1. Perfil ocupacional | 8 |
| C. 2. Desempeño ocupacional | 10 |
| D. PROCESO DE INTERVENCIÓN | 11 |
| D.1. Objetivos del proceso de intervención | 11 |
| D. 2. Actividades | 11 |
| DESARROLLO | 14 |
| I. REEVALUACIÓN..... | 14 |
| II. RESULTADOS..... | 15 |
| III. SEGUIMIENTO..... | 16 |
| IV. DISCUSION..... | 17 |
| CONCLUSIONES | 18 |
| BIBLIOGRAFÍA | 19 |
| ANEXOS | 22 |

RESUMEN

El trabajo que presento consiste en el planteamiento de una intervención, desde la Terapia Ocupacional, en una persona diagnosticada de esquizofrenia. Esta intervención la he llevado a cabo en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) "Nuestra Señora del Pilar" en la Unidad de Subagudos de Zaragoza, durante mi período de prácticas clínicas en el cuarto año.

El objetivo de este trabajo es proponer un plan de intervención personalizado desde Terapia Ocupacional y en el contexto de una Unidad de Subagudos. En este trabajo se describen los resultados de la valoración inicial realizada y la explicación de las cuatro actuaciones que se realizan en el proceso de intervención. En un primer momento se llevó a cabo su valoración para conocer su grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y poder determinar las necesidades, capacidades y limitaciones que pudiera manifestar. Se realizó una primera entrevista semiestructurada en la que se estableció el grado de autonomía y su posible deterioro cognitivo mediante la utilización de la evaluación cognitiva Montreal y completar su historia ocupacional. Los resultados obtenidos, a través de estas escalas de valoración y en la entrevista personal, nos llevó a considerar que los objetivos principales de la intervención estarían centrados en la realización adecuada de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, además de mejorar sus patrones de desempeño. En la reevaluación del paciente se obtuvo que la terapia ocupacional tiene grandes beneficios en la intervención en personas con trastorno mental grave, como la esquizofrenia.

ABSTRACT

The project I am presenting consists of an intervention approach in a person diagnosed with schizophrenia from the Occupational Therapy perspective. This intervention has been carried out in the Psychosocial Rehabilitation Centre "Nuestra Señora del Pilar" in the Subacute Unit of Zaragoza during my clinical practice period in the fourth year of university.

The aim of this project is to propose a personalized intervention plan using Occupational Therapy in the context of a Subacute Unit. This paper describes the results of the initial assessment and the explanation of the four actions carried out in the intervention process. The first step was to assess the

patient's degree of autonomy in activities of daily living and to determine the needs, abilities, and limitations that he/she might have. An initial semi-structured interview was conducted to establish the degree of autonomy and possible cognitive impairment using the Montreal cognitive assessment and to complete the occupational history. The results obtained through these assessment scales and the personal interview led us to consider that the main objectives of the intervention would be focused on the adequate performance of basic and instrumental activities of daily living, in addition to improving their performance patterns. The patient's reassessment showed that occupational therapy has great benefits in the intervention of people with severe mental disorders, such as schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

La Esquizofrenia es un diagnóstico psiquiátrico que engloba un conjunto de trastornos psicóticos, en los que suelen producirse alteraciones neuropsicológicas. Especialmente, de memoria verbal y de las funciones ejecutivas. A menudo, estas alteraciones provocan una significativa disfunción social caracterizada fundamentalmente por déficits en la interacción social y en el desempeño ocupacional. (1)

La sintomatología de la Esquizofrenia se suele dividir en varios grupos de síntomas que permiten caracterizar diferentes perfiles psicóticos en función de la predominancia de unos tipos de síntomas sobre otros. Habitualmente, en el estudio neuropsicológico de la Esquizofrenia, la sintomatología se conceptualiza desde una óptica dimensional, que a grandes rasgos, se puede definir en base a cinco grandes grupos o dimensiones: positiva, negativa, afectiva, conductual y cognitiva (1)

Los síntomas positivos son los más singulares de este tipo de patologías y se caracterizan por la pérdida de contacto con la realidad y porque aparecen durante las fases agudas del trastorno. Algunos de los más característicos son delirios, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento. (1)

En general, no se ha logrado encontrar una relación consistente entre sintomatología positiva y funcionamiento cognitivo. Por el contrario, existen numerosas evidencias de la asociación entre sintomatología negativa y

alteraciones en el funcionamiento cognitivo. No obstante, dada la gran heterogeneidad que caracteriza a este tipo de trastornos, resulta difícil establecer asociaciones específicas entre los diferentes déficits cognitivos y la sintomatología psicótica.

Hoy en día, las estrategias psicosociales se consideran parte sustancial del tratamiento de la esquizofrenia; tanto más que es limitada la efectividad de los fármacos en la mejoría de los síntomas negativos. (2)

Aunque estos síntomas no son tan prominentes como los positivos, constituyen a largo plazo los mejores indicadores de la discapacidad relacionada con la enfermedad, pues interfieren con la capacidad del paciente para funcionar en la vida diaria. (2)

Las personas con trastorno mental grave pueden requerir de una hospitalización con alta intensidad terapéutica en algunas ocasiones. Con el objetivo principal de dar una respuesta rápida a situaciones de reagudización en la patología de la persona.

Las Unidades de Corta Estancia confieren una atención interdisciplinar, intensiva con una duración de quince días. Los casos que evolucionan de una forma positiva son dados de alta y pasan al seguimiento ambulatorio. Otros casos requieren una hospitalización más prolongada para obtener una estabilización clínica y los objetivos terapéuticos establecidos.

Actualmente, ante estos sucesos, o se realiza el alta del paciente en una situación vulnerable pasando a seguimiento por recursos que no tienen los suficientes medios o se alarga la estancia en la Unidad de Corta Estancia.

Por otro lado, las Unidades de Media Estancia se centran en la rehabilitación con régimen hospitalario, que se centran en la rehabilitación del paciente a través de una atención individualizada intensiva. Estas unidades tienen una duración de seis a doce meses. La derivación a este recurso se organiza desde la Unidad de Corta Estancia o desde la Unidad de Salud Mental. Lo que implica una espera del paciente en su domicilio o en la hospitalización de corta estancia.

La Unidad de Subagudos es una hospitalización con una duración entre uno y seis meses. Donde se trata la atención de personas con enfermedad mental

grave, con una situación clínica suficientemente estabilizada, pero con déficits importantes en autocuidados, insight, manejo de la enfermedad, adhesión terapéutica, relaciones interpersonales y convivencia, adecuación a horarios y actividad/descanso.

Este recurso consta de un amplio equipo multidisciplinar formado por los departamentos de psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, técnico de integración social, técnico de atención a personas en situación de dependencia, auxiliar de enfermería y personal administrativo.

De esta forma, no hay tanta sobrecarga de asistencias en la Unidad de Corta Estancia, evitar los reingresos debido a la falta de estabilización de la situación clínica y poder ofrecer la asistencia que mejor se adapte a los usuarios. (3)

OBJETIVOS

- El objetivo principal es mejorar la calidad de vida y aumentar la autonomía del paciente
- Los objetivos específicos son:
 - Establecer horarios y hábitos adecuados
 - Favorecer la higiene correcta y el uso adecuado de la ropa
 - Mejorar hábitos de la salud como la alimentación y el sueño
 - Acentuar la realización de actividades del cuidado del hogar
 - Mejorar las habilidades cognitivas que estén deterioradas debido a su sintomatología.

METODOLOGÍA

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

A. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN INICIAL

Las herramientas de evaluación que he utilizado han sido una entrevista semiestructurada, la evaluación cognitiva Montreal (MOCA) y una valoración de domicilio.

A.1. La entrevista semiestructurada utilizada comparte bases del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) y de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, y es propia del departamento de Terapia Ocupacional de la Unidad de Subagudos. La herramienta de evaluación reúne las ocupaciones nombradas en el Marco de trabajo, además de un apartado sobre las expectativas que tiene el propio paciente sobre su futuro. (Anexo 1)

Las ocupaciones se clasifican en cuatro apartados diferentes: el área de actividades de la vida diaria, el área de productividad, el área de ocio y tiempo libre y las expectativas.

- Área de actividades de la vida diaria: actividades para el aseo y el cuidado personal, vestido, alimentación, sueño, ejercicio físico, estado físico general, manejo de la medicación, citas y consultas médicas, comunicación funcional, manejo y administración de dinero y trámites burocráticos.
- Área de productividad: organización del hogar, tareas domésticas, manejo de electrodomésticos, compras, planificación y elaboración de menús, gestión del presupuesto del hogar, cuidado otros, orientación socio cultural, estudio, trabajo y actividades de voluntariado.
- Área de ocio y tiempo libre: intereses, limitaciones para realizar ciertas actividades y participación social.
- Expectativas: cómo le gustaría que fuera su vida dentro de unos años, qué le gustaría conseguir y cómo conseguirlo y qué expectativas tiene sobre su estancia en el centro.

A.2. La "evaluación cognitiva Montreal (MOCA)" es una prueba breve de 30 preguntas cuyo tiempo de aplicación es de 10 a 12 minutos. Evalúa la función ejecutiva y visoespacial, la identificación, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo diferido y la orientación. Fue publicada en 2005 por un grupo de la Universidad de McGill que trabajó durante varios años en clínicas de memoria en Montreal. El objetivo principal es la detección de deterioro cognitivo leve. (Anexo 2)

A.3. La valoración de domicilio es una evaluación observacional donde se recoge la información sobre las características de la vivienda del paciente

como las condiciones de habitabilidad, el buzón, la limpieza general, la cocina, electrodomésticos, ascensor, salón, baño, ordenador, dormitorio y otras observaciones. Además, se recogen los datos sobre el uso de recursos (Centro de día, comedor, familia o el Servicio de ayuda a domicilio). Por último, se realiza una valoración general del domicilio. (Anexo 3)

B. SECUENCIA TEMPORAL DE LA VALORACIÓN INICIAL:

Primero realicé al paciente la entrevista semiestructurada a los pocos días de su ingreso en la unidad, en la cual estuvo participativo. Al ser la entrevista tan extensa, se dividió en un total de dos días para evitar la fatiga del paciente. Luego se pasó al paciente la evaluación cognitiva Montreal, también con buena predisposición por parte del él, y por último realizamos la valoración de su domicilio, coincidiendo con el inicio de las visitas a domicilio.

C. RESULTADOS EVALUACIÓN INICIAL

C. 1. Perfil ocupacional

J.M es un hombre de 52 años, soltero y sin hijos.

En octubre de 2021 es ingresado en agudos del Hospital Royo Villanova por motivo de deterioro general. A causa de ser encontrado por su hermano en su casa en condiciones de franco abandono, su domicilio estaba con varias ventanas rotas y restos alimenticios, ropa, botellas de alcohol y refrescos por todas partes. Fue valorado por psiquiatría, con diagnóstico al alta de *Esquizofrenia crónica con predominio del déficit y repliegue autístico*.

Al cabo de un mes, es ingresado de la Unidad de Subagudos del CRP Nuestra Señora del Pilar con el objetivo principal de afianzar la estabilidad clínica.

Desde Terapia Ocupacional el proceso de evaluación inicial del paciente se complementa con la utilización de la Entrevista semiestructurada, la cual tuvo una duración de dos días. Esta herramienta de evaluación nos permite obtener mucha información sobre las ocupaciones del paciente (anexo 1).

Antes de ser diagnosticado de un trastorno mental grave, J.M estudió bachiller y empezó el grado universitario "Filología Hispánica"; además ha trabajado como fontanero, dando cambios en una sala de juegos, peón de albañil y transportista.

En el 2002 fue diagnosticado de esquizofrenia y ha precisado durante la evolución varios ingresos en Unidades de Agudos. Estuvo cuatro años ingresado de la Unidad de Media Estancia y en otros recursos como el Centro de día de Rey Ardid, centros ocupacionales... mientras se le controlaba ambulatoriamente y acudía a revisiones al Centro de Salud Mental en Actur Sur, hasta unas semanas antes del último ingreso en la Unidad de Agudos en el Hospital Royo Villanova.

En el ingreso a la Unidad de Subagudos en noviembre de 2021, el paciente tiene alteraciones en distintas ocupaciones, y no hace referencia de ninguna ocupación exitosa, aunque comenta que prefiere realizar actividades en solitario como leer libros y el periódico, pero no las realiza, y la actividad de ocio que realiza es ir a restaurantes.

El paciente vive en un domicilio heredado y solo, en un barrio de Zaragoza. Tiene una gran cantidad de servicios disponibles a su alrededor como el supermercado, panadería, cafeterías, centro comercial, quioscos... que son los recursos de la comunidad que utiliza. Además, cerca del domicilio hay paradas de autobuses, que es el medio de transporte que emplea el paciente.

J.M. tiene un hermano que vive en Valencia y tiene 2 hijos que viven también allí. Es su única red de apoyo porque no tiene relación con los familiares que residen en Zaragoza. Su hermano únicamente viene a Zaragoza en días festivos y en verano. Es el principal cuidador del paciente y además se encarga de los gastos del domicilio y de los trámites burocráticos.

J.M. antes de ingresar en urgencias, no mantenía unos patrones de desempeño saludables, refiriéndonos a los hábitos y rutinas. El paciente dormía en el sofá y no se movía de ahí en todo el día salvo para ir a comprar cuando lo necesitaba, además tenía hábito de ingerir bebidas alcohólicas diariamente y no comía porque decía "*que la bebida y la comida no le hacía bien a su trastorno*". Pero mantiene los roles de hermano y tío ya que se comunica con ellos por teléfono semanalmente.

El paciente no tiene ninguna preferencia, a causa de su sintomatología negativa, con el desempeño ocupacional, prevención, salud y bienestar, calidad de vida, participación, competencia de rol y justicia ocupacional.

C. 2. Desempeño ocupacional

En el desempeño ocupacional tenía una importante afectación en diferentes áreas:

1. Área de actividades de la vida diaria: como el aseo y el cuidado personal, el vestido, hábitos de salud y el manejo y administración del dinero.

Alteración en las actividades de aseo y cuidado personal, en su casa no se lavaba hasta que él no se notaba olor corporal y tampoco tenía higiene bucal. Solo se cambiaba cuando le hacía falta y no hacía uso de ropa interior. Respecto a la alimentación, llevaba tiempo haciendo ayuno porque decía que le sentaba bien y no cocinaba porque no le gustaba y por desconocimiento. Alteración en las horas del sueño, dormía al día 3-4 horas debido a insomnio de conciliación. Tampoco realizaba ningún tipo de ejercicio.

En relación con el manejo del dinero, el paciente tiene una pensión, no paga ni alquiler ni hipoteca del domicilio y los gastos los paga su hermano.

2. Área de productividad: Hay un gran déficit en la organización del hogar, no realizaba ninguna tarea doméstica y no cocina, solo come precocinados fríos.

Alteración en la orientación socio- cultural ya que no ve las noticias, solo ve deportes en la televisión. Además tampoco realiza actividades culturales como ir al cine, teatro, conciertos...

3. Área de ocio y tiempo libre: no tiene ninguna afición y le gusta estar solo.

La única participación social que realiza el paciente es cuando sale a comer con su hermano cuando viene de visita.

Después de la entrevista semiestructurada, le realizamos al paciente "La evaluación cognitiva Montreal" y obtuvo una puntuación de 22/30, la cual nos indica que J.M. tiene un deterioro cognitivo leve. Aunque conserva por lo general las capacidades de la identificación, la abstracción y la orientación. Tiene más afectadas las capacidades de orientación visoespacial, la memoria, la atención y el lenguaje. (Anexo 2)

D. PROCESO DE INTERVENCIÓN

Al realizar la evaluación al paciente mediante la entrevista semiestructurada, se observan que en las áreas que tiene mayor afectación son: área de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, área de las actividades productivas y área de ocio y tiempo libre.

D.1. Objetivos del proceso de intervención

En el proceso de intervención, tras la evaluación, se plantean unos objetivos por parte de la terapia ocupacional:

- El objetivo principal es mejorar la calidad de vida y aumentar la autonomía del paciente
- Los objetivos específicos están relacionados directamente con las afectaciones que hemos visto en la evaluación inicial. Por consiguiente, estos son:
 1. Establecer horarios y hábitos adecuados
 2. Favorecer la higiene correcta y el uso adecuado de la ropa
 3. Mejorar hábitos de la salud como la alimentación y el sueño
 4. Acentuar la realización de actividades del cuidado del hogar
 5. Mejorar las habilidades cognitivas que estén deterioradas debido a su sintomatología.

D. 2. Actividades

Para la consecución de estos objetivos, se plantea un proceso de intervención encauzado en estas cuatro actuaciones consecutivas:

Rutina en el pabellón: (Objetivo 1, 3 y 4)

La rutina y los hábitos son patrones de desempeño que se utilizan en el proceso de compromiso constante en las ocupaciones de la vida diaria. La sintomatología negativa obstaculiza totalmente los patrones de desempeño por lo que dificulta la obtención de un estilo de vida saludable y equilibrio ocupacional. (Anexo 6) (5)

Plan de autocuidado (Objetivo 1 y 2)

Tras estar varios días en la unidad, se realiza un plan de autocuidado pactado con el mismo paciente para favorecer la higiene, el uso de ropa adecuado y el cuidado de su habitación.

| Días de la semana/ Actividades | L | M | X | J | V | S | D |
|-----------------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|
| USO PIJAMA/CAMISÓN | X | X | X | X | X | X | X |
| DUCHA /ASEO DIARIO | X | X | X | X | X | X | X |
| LAVADO DE CABEZA | X | X | X | X | X | X | X |
| AFEITADO | | | | | | | |
| ARREGLO DE UÑAS | SEGÚN NECESIDAD | | | | | | |
| CAMBIO ROPA INTERIOR | X | X | X | X | X | X | X |
| CAMBIO ROPA EXTERIOR | X | X | X | X | X | X | X |
| CAMBIO DE SÁBANAS | | | | | X | | |
| HACER CAMA | X | X | X | X | X | X | X |
| ORDENAR ARMARIO | | | | X | | | |
| LIMPIEZA DE HABITACIÓN | | | | X | | | |
| LAVADORA | SEGUÚN NECESIDAD | | | | | | |
| HIGIENE DENTAL | Tras comida y cena | | | | | | |
| CAMBIO MASCARILLA | X | X | X | X | X | X | X |

Este plan de autocuidados es revisado un día a la semana a través de una reunión en la que asistían representantes del departamento de enfermería, auxiliares de atención a personas en situación de dependencia y terapeutas ocupacionales. En estas reuniones se realizan tablas de seguimientos en la que se explica las actividades que no ha realizado durante la semana y observaciones que hay que tener en cuenta. (Anexo 5)

Taller de rehabilitación cognitiva (Objetivo 5)

El deterioro cognitivo tiene una relación asociativa significativa con la esquizofrenia en la que se encuentra sintomatología negativa. Los déficits cognitivos pueden estar presentes tanto en la atención, las funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria verbal, memoria de trabajo, fluidez verbal, velocidad de procesamiento y cociente intelectual. (7)

Desde terapia ocupacional hemos trabajado este deterioro cognitivo a través de talleres grupales de rehabilitación cognitiva, basándonos en el programa de rehabilitación cognitiva o neuropsicológica REHACOP. (7)

El programa consta de ocho módulos de trabajo jerarquizados con diferentes ejercicios en cada uno, los cuales están organizados por tipo de capacidad cognitiva y nivel de dificultad. (7)

Los ocho módulos del REHACOP son:

1. Atención y concentración
2. Aprendizaje y memoria
3. Lenguaje
4. Funciones ejecutivas
5. Cognición social
6. Habilidades sociales
7. Actividades de la vida diaria
8. Psicoeducación

Domicilio (Objetivo 1y 4)

El trabajo en el ámbito domiciliario permite tener una visión global de la persona y su entorno físico y personal, lo que nos proporciona una

observación y evaluación mucho más precisa de lo que le ocurre al paciente. En muchas ocasiones, se observa más que durante el ingreso. Los terapeutas ocupacionales nos encargamos de acompañar de una manera terapéutica a la persona en su vida cotidiana, en la realización de las actividades de la vida diaria. Con el objetivo principal de adaptar las dificultades que tiene la persona debido a su enfermedad. (8)

En el domicilio del paciente se realizaron dos intervenciones:

- En la primera realizamos una valoración del domicilio, esta herramienta de evaluación está explicada en el apartado de metodología.
Se observó un buen estado de limpieza, a causa de una empresa de limpieza que acondicionó las estancias previamente a la visita domiciliaria, por petición del hermano del paciente. El orden de la vivienda era el apropiado, al igual que los suministros de agua y luz. Se contactó a través del hermano con el seguro de hogar porque el lavavajillas no funcionaba, faltaban bombillas y no se podía acceder al armario.
- En la segunda visita al domicilio se realizó una lista de la compra general para su vivienda, después el paciente seleccionó los productos que ya tenía y fuimos a realizar la compra al supermercado donde solía ir.

DESARROLLO

I. REEVALUACIÓN

Tras la intervención, se realizó una reevaluación para observar si había que modificar el plan según fuera necesario o determinar la necesidad de continuar o interrumpir el plan de intervención desde terapia ocupacional. (5)

Se utilizó la entrevista semiestructurada, la misma herramienta que se empleó en la evaluación inicial, para ver qué progresos y dificultades se habían obtenido durante el plan de intervención.

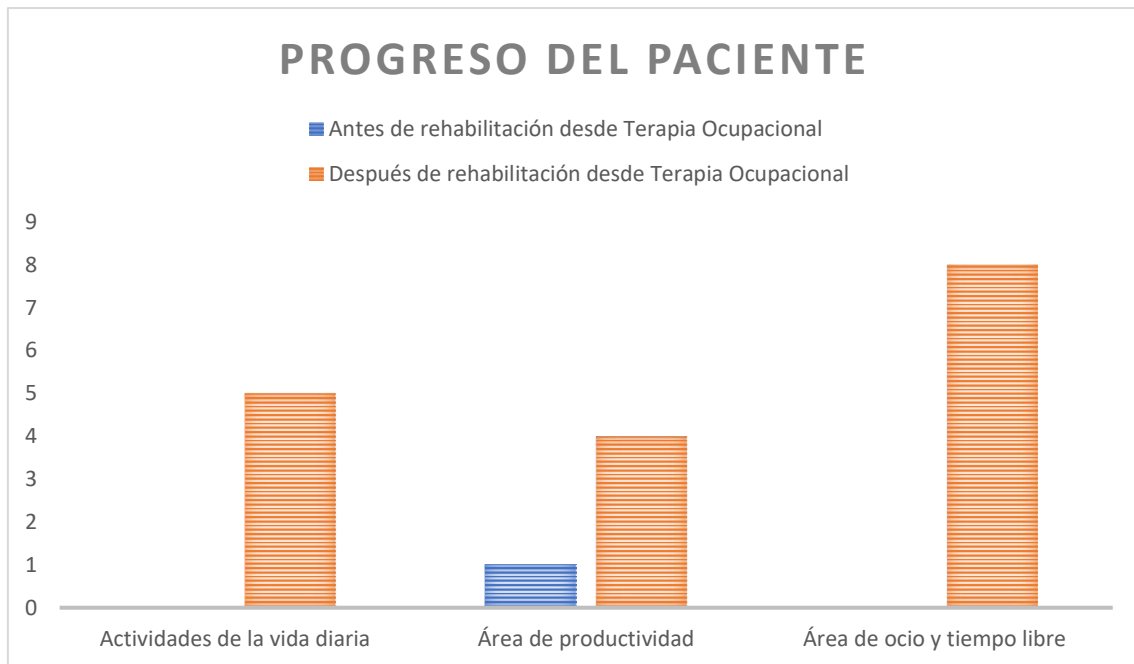
Los resultados que obtuvimos comparados con la evaluación inicial fueron:

1. Área de actividades de la vida diaria: el paciente ha progresado en cuanto a las actividades del el aseo y cuidado personal, el sueño, la realización de ejercicio físico y en la toma de medicación, citas y consultas médicas.
2. Área de productividad: respecto a la organización del hogar, el equipo lo hemos acondicionado mediante las visitas al domicilio, las actuaciones realizadas en su domicilio son comentadas en el proceso de intervención. Cuando a J.M. esté de alta será el EASC (Equipo de atención social comunitario) quien siga el seguimiento.
Respecto a las tareas domésticas, le hemos realizado a J.M. un planning el cual abarca las actividades instrumentales de la vida diaria, para que realice en su domicilio. (Anexo 4)
La planificación y elaboración del menú se encargará un catering social que se ha asignado.
3. Área de ocio y tiempo libre: el paciente ha encontrado nuevas aficiones como la lectura y pasear. Además, se ha observado que, en las actividades en grupo, pese a que J.M. es solitario, tiene una buena interacción.
4. Expectativas: ha referido que su expectativa principal es recuperarse y mantener la rutina que ha logrado en la Unidad de Subagudos.

II. RESULTADOS

A continuación, muestro en la gráfica los beneficios que tiene esta disciplina en este paciente con trastorno mental grave, como es la esquizofrenia.

La gráfica está dividida en tres categorías, las cuales son las áreas que se han nombrado anteriormente; en el plano vertical se sitúa la enumeración de los diferentes ítems de la herramienta de evaluación inicial y reevaluación utilizada, la entrevista semiestructurada. Los ítems son explicados en el apartado de metodología.



Durante el proceso de intervención dentro de la Unidad de Subagudos hemos tenido dificultades con el paciente a la hora de llevar a cabo el plan de autocuidado que pactamos con él. Concretamente, en la actividad básica de la vida diaria del vestido ya que no se ponía el vestido de noche.

Durante el proceso de seguimiento, se observó que el paciente había anulado todos los recursos que la Unidad de Subagudos había coordinado, para que mantuviese la buena calidad de vida que había conseguido durante el ingreso. Es por esto, que creo que la intervención debería haber sido más duradera con el objetivo principal de afianzar una estabilidad clínica en una Unidad de Media Estancia.

III. SEGUIMIENTO

Tras tres meses de ingreso de J.M. en la Unidad de Subagudos, se decidió que volviese a su domicilio al alta en la unidad.

Se realizaría su seguimiento a través del Equipo de atención social comunitario (EASC), que se trata de un equipo interdisciplinar orientado al trabajo con pacientes con trastorno mental grave que presentan dificultades de seguimiento y vinculación con los recursos clínicos y rehabilitadores. Su objetivo principal es, mediante el trabajo en domicilio, con la familia y entorno, la vinculación del paciente con los recursos sanitarios y,

fundamentalmente, los rehabilitadores que precise, así como la coordinación entre los mismos. (3)

Además, se le había asignado al paciente un catering a domicilio, debido a sus dificultades en la planificación y elaboración de menús y cocinar; por otra parte, el paciente antes de su ingreso tenía ideas delirantes respecto la comida y la bebida, hacía referencia que "si no se alimentaba la cabeza le iba mejor".

Se le dio el alta J.M. a principios de febrero con el soporte de estos dos recursos que he nombrado anteriormente, pero el paciente decidió abandonar voluntariamente ambos recursos.

IV. DISCUSION

En la intervención desde Terapia Ocupacional en este paciente se obtuvieron los objetivos específicos que se propusieron en el proceso de evaluación inicial. El paciente favoreció su higiene y el uso adecuado de la ropa, siendo que el autocuidado es unas de las áreas más afectadas por la sintomatología negativa en la esquizofrenia. Mejoró sus hábitos de la salud como la alimentación y el sueño, además de practicar actividad física todos los días durante su ingreso. Realizó actividades del cuidado del hogar en la Unidad como la ejecución de talleres de cocina y cumplir con las actividades de limpiar su habitación y poner la lavadora que constaban en la rutina de la Unidad.

En este caso, la intervención de Terapia Ocupacional ha producido unos beneficios visibles dentro de la Unidad de Subagudos. Pero no se han podido seguir observando tras el alta de J.M., ya que el paciente decidió abandonar los recursos propuestos, anteriormente citados en el proceso de seguimiento.

En este caso la intervención no fue del todo exitosa puesto que el paciente abandonó todos los recursos propuestos al alta, con el riesgo que esto supone para una nueva descompensación y otro reingreso. Hemos de recordar que cada nueva descompensación supondrá una merma en su funcionalidad.

CONCLUSIONES

Tras la intervención desde Terapia Ocupacional en la Unidad de Subagudos, se observan grandes mejoras en el paciente tanto en el área de las actividades de la vida diaria, como en el área de productividad y de ocio y tiempo libre.

Una intervención de este tipo se puede extrapolar a todos los pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave que están ingresados en dicha Unidad.

La intervención debería entenderse como un proceso longitudinal de intervención en estos pacientes graves ya que la sintomatología negativa, que les lleva a abandonar el autocuidado, el cuidado del hogar y de los otros, la socialización y tantas otras actividades de la vida diaria, es la predominante en muchos de ellos.

Al acabar la intervención del paciente y tras analizar los recursos que hay actualmente publicados en el último Plan de Salud Mental de Aragón (2017-2021), he objetivado una gran falta de recursos en la sanidad pública, como otras Unidades de Subagudos, para poder abordar la inmensa demanda que hay hoy en día de personas con enfermedades o trastornos mentales graves. Esta falta de recursos de salud mental implica, entre otras cosas, que las personas se hallan en sus domicilios a la espera del ingreso mientras su situación clínica se agrava y el pronóstico a largo plazo empeora.

Por ello, proponer la participación activa de los terapeutas ocupacionales en los Equipos Asertivos Comunitarios como parte del seguimiento de estos pacientes graves podría ser una ayuda importante al evitar un mayor deterioro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio Gómez JL. Evaluación del sistema atencional en pacientes del espectro esquizofrénico: flexibilidad cognitiva y toma de decisiones. Departamento de Psicología Experimental y Fisiología del comportamiento [Internet]. 2010 [citado 2 mar 2022]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/6639/18970886.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Morales Vigil T, Orellana AF, García RR, Correa MD. Cognitive behavioral therapy and negative symptoms in schizophrenia. Salud Mental [Internet]. 2015[citado 2 mar 2022];38(5):371–7. Disponible en: http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/S.M.0185-3325.2015.050
3. García Encabo M. Plan de Salud Mental (2017-2021). Departamento de Sanidad. [Internet]. 2020 [citado 12 mar 2022];:167-170. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf/7efb948f-3e16-9d8e-a545-ed319043054b
4. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana: teoría y aplicación. 4ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
5. American occupational Therapy Association .Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4º Edition. [Internet]. 2017 [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://therapistsforarmenia.org/wpcontent/uploads/2021/04/Occupational-Therapy-Practice-Framework-Domain-and-Process-Fourth-Edition.pdf>
6. Rodríguez- Bores Ramírez L, Saracco- Álvarez R, Escamilla- Orozco R, Fresán Orellana A. Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Salud Mental [Internet] 2014 [citado 5 mar 2022]; 37:517-522. Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a10.pdf>
7. Bengoetxea Noreña E. Evaluación de la eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia con el programa REHACOP. Programa de Doctorado Psicología Clínica y de la Salud [Internet] 2013 jun 28

- [citado 18 abr 2022]. Disponible en:
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=OsTB7SOLjLE%3D>
8. Roy Millán P. Informaciones psiquiátricas. Hermanas hospitalaria del sagrado corazón de Jesús. [Internet] 2019 nov 19 [citado 20 abr 2022]; 242:23-36. Disponible en:
<https://informacionespQuiatricas.com/informe242/files/assets/basic-html/page-1.html#>
 9. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedad 10ª Revisión (CIE-10). Información y estadísticas sanitarias 2018. [Internet] 2018 [citado 23 feb 2022]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/eu/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
 10. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. AOTA. [Internet] 2013 [citado 23 feb 2022]. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
 11. Sanchez Rodríguez O, Polonio López B, Pellegrini Spangenberg M. Terapia ocupacional en Salud Mental: Teoría y técnicas para la autonomía personal. Buenos aires: Médica Panamericana; 2012.
 12. Talavera Valverde MA, Moruno Miralles P. Terapia ocupacional en salud mental. España: Elsevier Masson; 2011
 13. Calo Hernández BJ. Indicadores de calidad en las intervenciones de enfermería en salud mental y psiquiatría en la unidad de subagudos del Hospital Universitario de Canarias. [Internet]. 2011 [citado 7 mar 2022] Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3380/Blas%20Jes%c3%bas%20Calo%20Hern%c3%a1ndez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Katz N, Neren N. Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *Am J Occup Ther.* 2011; 65 (3): 287-96.
15. Fernández Rodríguez MR. Relación entre la conciencia de enfermedad en la esquizofrenia y las actividades de la vida diaria. *Revista asturiana de Terapia Ocupacional.* [Internet]. 2010 [citado 8 mar 2022]. Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3823361>
16. Botero S., Muñoz C., Ocampos M., et al. Memoria de trabajo verbal en individuos con esquizofrenia y sus familiares de primer grado: Relación con los síntomas negativos y desorganizados [Internet]. 2013 [citado 23 mar 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4186609>
17. Rodríguez Blanco L., Lubrini G., Vidal-Mariño C., et al. Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos. Revisión sistemática [Internet]. 2017 [citado 22 mar 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6072317>
18. Hernández-Viadel J. Revisión de vida en pacientes con esquizofrenia: Efectos sobre el estado emocional y la memoria autobiográfica [Internet]. 2013 [citado 23 mar 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4420904>
19. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. Effects of occupational therapy in patients with chronic schizophrenia hospitalized with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci.* 2012; 57 (4): 145-54.
20. Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. [Internet] 2004 [citado 3 mar de 2022] Disponible en: <https://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>

ANEXOS

- Anexo 1

1. ÁREA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- Actividades para el aseo y el cuidado personal
 - ❖ Ducha y lavado de pelo
 - ❖ **Cuando le apetecía, y le hacía falta. Usa champú anticaspa.**
 - ❖ Higiene bucal
 - ❖ **En su casa no se los lavaba. Reconoce no lavar bien la boca.**
 - ❖ Afeitado, depilación
 - ❖ **Se recordaba la barba cuando se la veía larga, cada dos o tres semanas.**
 - ❖ Otros (maquillaje, peluquería...)
 - No suele ir a la peluquería, no quere.
- Vestido
 - ❖ Cambio de ropa exterior e interior (frecuencia, detección necesidad de cambio, elección)
 - ❖ **Se cambiaba cuando le hacía falta. En su casa no usaba ropa interior. Se lo cambiaba cuando notaba olor corporal.**
 - ❖ Adecuación de la ropa (¿qué ropa lleva cuando hace frío / calor?)
 - Adecuada.
 - ❖ ¿Quién compra la ropa? ¿La escoges tú? Disponibilidad.
 - ❖ **Se la compra él y su hermano.**
 - ❖ **¿Te encargas del cuidado de la ropa (lavar, planchar, ordenar, guardar)?**
 - Chemia pone la lavadora y realiza el resto de cuidado. No plancha.
- Hábitos de salud
 - ❖ Alimentación
 - ❖ **Valorar horarios, número de comidas al día, dieta, conducta de picoteo, tiempo empleado, limitaciones**
 - Llevaba un tiempo haciendo ayuno, dice que le sienta bien. Si podía beber.
 - ❖ Cuando comía iba al bar, preparaba precocinados... ni le gustaba ni sabía cocinar.
 - No picotea.
 - ❖ **Indicar si precisa dieta especial (colesterol, diabetes, celiaquía) y si existen alergias a alimentos.**
- Nada.
- ❖ Sueño
 - ❖ **Valorar horarios (diario y fin de semana), número de horas que duarme, autonomía a la hora de levantarse, siesta, problemas de conciliación, mantenimiento del sueño.**
 - Dice que duerme poco, con tres o cuatro horas de valle, y con medicación duerme más.
 - ❖ Le cuesta conciliar sueño si no toma pastilla, a veces le cuesta mantener el sueño.
 - Duerme un poco de siesta (1 hora).
 - ❖ Medicación para dormir y otras medidas de afrontamiento.
 - Toma medicación para dormir, aquí y en casa.
 - A veces lea el periódico para dormir.
 - ❖ Ejercicio físico (explorar intereses, creencias, valores)
 - ❖ **Realizas ejercicio físico? ¿Y en el pasado? ¿Te gustaría realizar alguno?**
 - Nada, no realiza ningún tipo de ejercicio.
 - ❖ Antes de joven, jugaba al fútbol, baloncesto, frontón...
 - Actualmente, solo desea pasar tranquilamente.
 - ❖ **Has realizado ejercicio físico antes? ¿Cuid? ¿Te encontrabas mejor cuando lo practicabas?**
 - Cuando hacía deporte se encontraba mejor, pero dice que es porque era más joven.
 - ❖ **¿Te fatigas al subir escaleras o pasear? ¿A qué crees que se debe?**
 - Si, y lo achaca al no hacer ejercicio mucho tiempo, estar "fondo", no tener fuerzas...
 - ❖ Estado físico general
 - ❖ **¿Tienes alguna enfermedad física? (como diabetes, hipertensión u otras...)**

- Nada.
- ❖ **Acudes a algún especialista por este motivo? ¿Yas tú solo?**
-
- ❖ **Sueles fumar? ¿Cuánta cantidad aproximadamente?**
- No, desde infarto en 2006.
- ❖ **Consumes café o coca-cola? ¿Cuánta cantidad?**
- Toma alguna coca cola y café descafeinado.
- ❖ **Sueles beber agua durante el día? ¿Cuánta cantidad? (valorar si existe potomanía)**
- Si, 1-1,5 litros.
- ❖ **¿Qué haces cuando tienes fiebre, diarrea, estreñimiento, etc....?**
- Llama a su doctora.
- ❖ **¿Te haces revisiones periódicamente?**
- No, va cuando tiene dolores.
- ❖ Manejo de medicación, citas y consultas médicas
- ❖ **Conoces la medicación que tomas? ¿Cómo la sueles tomar... en las comidas...?**
- Crece que sí. Toma en D, C y CE y antes de dormir.
- ❖ **Acudes solo a las citas con el/la psiquiatra? Si vas acompañado ¿por qué? ¿Quién te suele acompañar?**
- Va solo.
- ❖ **¿Sabes dónde está tu centro de salud mental? ¿Y tu médico de cabecera?**
- Tiene el CSM Actur Sur, y el médico de cabecera en Pizarra.
- ❖ **¿Yas tú a por la medicación a la Farmacia? Si no vas tú, ¿por qué? ¿quién adquiere la medicación?**
- Va solo.
- Comunicación funcional.
 - ❖ **Uso del teléfono (valorar si conoce su número, si tiene teléfono en casa, si usa móvil, cabinas, si tiene agenda, si conoce los teléfonos de emergencias y contacto, agenda del teléfono, alarmas de la agenda, búsqueda de números).**
 - Tiene teléfono y sabe llamar y recibir llamadas. Sabe controlar agenda, ponerse alarma....
 - ❖ **Tiene un Smartphone, pero no hace uso de Internet en el mismo (no quiere).**
 - ❖ **Uso de TIC (tecnologías de la Información y la Comunicación). Valorar si sabe usar un ordenador o le gustaría aprender.**
 - "Cero, no me hace falta". Dice que no lo necesita.
 - ❖ **Uso de transportes.**
 - ❖ **¿Qué tipo de transportes usas? ¿Cuál es el motivo?**
 - Usa autobús y tranvía, para ir al CSM, dar un paseo, comer por ahí.
 - ❖ **¿Sabes interpretar los planos de transporte? ¿Tienes bono transportes?**
 - Si, aunque solo usa el 35. Tiene el abono estudiantil.
 - ❖ **Si tuvieras que desplazarte a un lugar nuevo, ¿cómo averiguarías el itinerario? Si te montas en un transporte equivocado, ¿qué harías? Si te pierdes, ¿Qué haces?**
 - Si no conoce el camino va en taxi.
 - ❖ Si se pierde, retrocede a donde conoce el camino y coge taxi.
 - ❖ **Uso de recursos comunitarios.**
 - ❖ **Cuando sales ¿dónde sueles ir? ¿Solo o acompañado? ¿Qué tipo de recursos en la comunidad usas? Indícame cuál o cuáles usas. (Marcados en rojo)**
 - Transporte público X
 - Museos
 - Monumentos
 - Estanco
 - Quioscos X
 - Centros cívicos
 - Tiendas/ supermercados X
 - Casa de la cultura
 - Centros comerciales X
 - Asociaciones
 - Bares/ Cafeterías X
 - Locutorios
 - Pubs/ Discotecas
 - Iglesias

Cines
Teatros
Bibliotecas

Parques X
Otros:

¿Dispones en el lugar donde vives de sitios que te permitan llevar a cabo tus actividades diarias: (tiendas, supermercados, bancos, centros culturales, bibliotecas,...)?

Si.
¿Hay actividades que no realizas por causas económicas, problemas de accesibilidad, transporte u otros?
No

Manejo y administración del dinero

¿Tienes ingresos propios? ¿De dónde proceden? ¿De qué cuantía son? ¿Cómo te administras el dinero? (explorar posibles dificultades y apoyos pasado y presente. ¿En qué sueles gastar el dinero? ¿Cuánto gastas a la semana aproximadamente? ¿Planificas los gastos? ¿Ahorras? ¿Cómo? ¿Deudas?

Tiene una PNC, 420€. Si no sale a beber o comer fuera, si que le llega. No paga alquiler ni hipoteca ya que reside en un piso que dejaron sus padres al fallecer, los gastos los paga el hermano.

No planifica gastos, no ahorra, y no tiene deudas.

Trámites burocráticos

Si tuviera que renovar el DNI, ¿dónde acudirías? ¿Quién paga los recibos de casa? ¿Sabrías hacerlo? Gestiones sencillas más complejas. Necesidad de apoyo. ¿cuáles? ¿Pasado?

A la comisaría. El resto de trámites burocráticos los lleva el hermano.

2. ÁREA DE PRODUCTIVIDAD

Organización del hogar

¿Cómo es tu casa, tu habitación, cuánto tiempo pasas en ella?

Piso de unos 80m, 3 habitaciones, 1 baño con ducha, balcón pequeño con una silla donde toma el sol en verano. Describe estas tres habitaciones como una que usa de trastero (donde guarda cosas que no utiliza) su habitación con ropa sucia y otra grande que era de sus padres. Observamos algo de incoherencia al hablar de su habitación y de la que usa de trastero, no quedando claro cuál percibe como suya...

Duerme en el sofá, pasando prácticamente todo el tiempo en el salón.

¿Crees que tu casa te permite hacer todo aquello que consideras importante o te gusta hacer?

Si, "cuanta menos cosas tengo, menos para limpiar"

¿Qué dificultades o limitaciones encuentras para llevar a cabo aquello que te gusta?

"No hago nada". Pasa el tiempo viendo la tele, leyendo el periódico.

Tareas domésticas

¿De qué tareas te encargas en casa? ¿Cada cuánto las haces? ¿De qué tareas se encargan otros?

Refiere que cuando está bien, limpia una habitación cada día, cuando "está dejado", no

Nadie le ayuda en casa.

| ACTIVIDAD | PASADO | PRESENTE |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Barrer/ pasar el aspirador | X Todos días | Nada |
| Fregar el suelo | X Todos días | Nada |
| Limpiar el polvo | Nunca | Nunca |
| Limpiar el baño | X Semanal | No |
| Cocinar | Precozinados | Precozinados |
| Limpiar la cocina | Cuando está sucia | No |
| Poner/ quitar la mesa | A veces come en el sofá | Ayuna |
| Fregar vajilla | Cada varios días | No fregaba |
| Poner lavavajillas | No lo utiliza | No |
| Poner lavadora | Cuando tenía ropa | No la usaba |
| Lavar a mano | No | No |
| Tender la ropa | A veces pasaban días tras la colada | No |
| Planchar | Nunca | Nunca |
| Colocar los armarios | Pasaba tiempo la ropa en el tendedor | No |
| Ordenar la habitación | No lo hacía | No lo hacía |
| Hacer la cama | No utilizaba cama (sofá) | No utilizaba |
| Cambiar las sábanas | No utilizaba | No utilizaba |
| Comprar | Diaria | Hacia ayuno |
| Limpiar ventanas | Nunca | Nunca |
| Reparaciones domésticas | Llamaba al profesional | No |
| Cuidado de objetos personales | | |
| Cuidado de plantas | | No tiene |
| Cuidado de animales | | |
| Otros | | |

¿Crees que son importantes? ¿Por qué? ¿Crees que es beneficioso saber desenvolverse en las tareas que requiere el cuidado del hogar?

"Si claro, hay que regularizarse"

Manejo de electrodomésticos

Manejo de lavadora, microondas, cafetera, tostador, etc.

No tiene microondas, ni cafetera ni tostador.

Sabe cómo funciona la lavadora pero no el lavavajillas

Compras

¿Sueles realizar compras? ¿Qué sueles comprar?

Compra lo preciso: zapatillas, precozinados, pan

Valorar grado de autonomía (identificación y localización de establecimientos, orientación dentro del mismo, manejo con el dinero, tolerancia a las esperas)

Tiene un mercadóna debajo de casa.

¿Sueles recordar lo que tienes que comprar? ¿Usa alguna estrategia, por ejemplo, alguna lista?

A veces hace lista si tiene mucho que comprar.

Planificación y elaboración de menús / Cocina

¿Te gusta cocinar? ¿Qué platos sabes cocinar?

No le gusta. Come precozinados fríos.

¿Conoces qué precauciones hay que tener en la cocina?

No la utiliza.

Seguridad y prevención de accidentes domésticos

¿Tienes llaves de casa? ¿Las sueles olvidar o perder?

Si, no las olvida.
 ¿Has tenido algún accidente en casa? ¿De qué tipo?
 Caídas, tropezos. Compió la cristalera del balcón.
 ¿Fumas en la cama?
 No

¿Lees las indicaciones de los productos de limpieza?
 Si.

Gestión del presupuesto del hogar
 ¿Quién se ocupa de hacer los presupuestos domésticos?
 Su hermano

Realizas algún trámite bancario: pago de recibos, comunidad, etc.
 Su hermano.

Cuidado de otros
 Valorar aquellas actividades que realiza la persona relacionadas con las personas que tiene a su cargo (hijos, padres, etc.) y cómo influye en su rutina diaria. Relacionarlo con el desempeño de roles.

No tiene.

Orientación socio-cultural
 Valorar nivel de conocimiento sobre temas de actualidad, motivación e interés por estar informado y nivel de utilización de los distintos medios de comunicación.

¿Suelen leer el periódico, escuchar la radio, etc.? ¿Cada?

Lee el periódico algún día. No ve las noticias, sólo los deportes.

¿Ves programas culturales, documentales, noticias en TV?

No.

¿Vas al cine, teatro, conciertos? ¿Solo o acompañado? ¿Te gustaría ir?

No. Iba de joven. No tiene interés en retomarlos.

Actividades productivas

¿Qué has estudiado? ¿Era lo que querías estudiar? ¿Te gustaba?

Bachiller. Empezó Filología Hispánica pero lo dejó al mes, "no me iba la Universidad".

¿En qué has trabajado? ¿Cuánto tiempo? ¿Se te daba bien? ¿Te sentías bien en esos trabajos?

Ha trabajado en varias cosas, "lo que ha tocado", haciendo gráficos, dando cambios en una sala de juegos, peón de baño, transportista. Refiere que se le daba bien y que se sentía bien.

Otras actividades productivas

Actividades de voluntariado

Anotar si alguna vez realizó alguna actividad de voluntariado o si podría estar interesado

Nunca ha realizado este tipo de actividad.

3. ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

¿Qué cosas te gusta hacer? ¿Tienes alguna afición? (poner ejemplos)

Nada, descansar la cabeza. No refiere aficiones

¿Encuentras alguna limitación para hacer las actividades que te gustan? ¿Cuáles?

Señala si te afectan actualmente algunos de los siguientes factores en la realización de actividades en tu tiempo libre.

| | |
|--|----------------------|
| No tener suficientes medios económicos | Tener una enfermedad |
|--|----------------------|

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| No saber qué hacer para divertirse | ¿ | Aburrirse con todo y con todos |
| Tener discrepancias familiares | | Rechazo de la gente |
| No tener amigos o conocidos para salir | X | No querer salir de casa |
| Dificultades en las relaciones con los demás | | Tener siempre sueño |
| No poder beber alcohol | | No tener pareja |

¿Qué tipo de actividades de ocio prefieres: recreativas, intelectuales, culturales, deportivas, artísticas, sociales, solitarias, etc.? (Apoyo, si es necesario del listado de intereses)

Lectura de libros y periódico, el solo.

¿Cómo ocupas tu tiempo de ocio en casa? Piensa en al menos cuatro cosas que puedes hacer en casa.

Nada.

¿Qué actividades de ocio realizas fuera de casa?

Ir a restaurantes.

¿Con quién te gusta compartir tu tiempo de ocio?

Solo. Cuando viene su hermano sale a comer con él.

¿Qué cosas te gustaría cambiar de tu tiempo libre?

Nada.

Participación social

Personas significativas

¿Cuales son las personas más importantes en tu vida? ¿Por qué?

Su hermano y familia, porque no tiene nadie más, no tiene relación con los familiares que residen en Zaragoza.

Apoyo de las mismas

¿Te apoyan y/o valoran las actividades que realizas? ¿Cómo te apoyan / cómo lo valoran?

Su hermano cuida mucho de él, aunque le insiste en que tiene que hacer más cosas (Vida saludable).

¿Qué cosas haces con ellos? ¿Con qué frecuencia? ¿Echas de menos hacer otras cosas?

Su hermano viene en fiestas, verano... solo se juntan a comer en restaurantes (Los cabezudos)

¿Te gustaría conocer gente nueva o hacer cosas con otras personas?

No.

4. EXPECTATIVAS

¿Cómo te gustaría que fuera tu vida dentro de unos años? ¿Qué te gustaría conseguir?

¿Sabes o has pensado cómo conseguirlo?

"No tengo ni idea". Refiere que le gustaría tener un trabajo, pero no sabe de qué ("de lo que salga").

En base a tu situación actual, ¿qué cosas crees que puedes conseguir? ¿Cómo esperas que sea tu vida?

Cree que puede conseguir un trabajo

*¿Qué expectativas tienes sobre tu estancia en el centro? ¿Qué crees que puedes conseguir?
¿Para qué crees que has venido?*
Entre sus expectativas en el Centro, comenta: Hacer actividades “obligado”, ganar peso.
Considera que no debería estar aquí.

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA: 19/1/22

| VISUOESPACIAL / EJECUTIVA | | Copiar el cubo | | Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos) | | Puntos | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| | | | | | | 3/5 | |
| IDENTIFICACIÓN | | | | | | 3/3 | |
| MEMORIA | Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde. | ROSTRO | SEDA | IGLESIA | CLAVEL | ROJO | Sin puntos |
| | | 1er intento | | | | | |
| | | 2º intento | | | | | |
| ATENCIÓN | Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input checked="" type="checkbox"/> 7 4 2 | | | | | 2/2 | |
| Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input checked="" type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB | | | | | | 0/1 | |
| Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input checked="" type="checkbox"/> 93 <input checked="" type="checkbox"/> 86 <input checked="" type="checkbox"/> 79 <input checked="" type="checkbox"/> 72 <input checked="" type="checkbox"/> 65 | | 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos. | | | | 3/3 | |
| Lenguaje | Reparar: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input checked="" type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/> | | | | | 1/2 | |
| Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input checked="" type="checkbox"/> S (N ≥ 11 palabras) | | | | | | 0/1 | |
| ABSTRACCIÓN | Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input checked="" type="checkbox"/> tren-bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> reloj-regla | | | | | 2/2 | |
| RECUERDO DIFERIDO | Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS | ROSTRO | SEDA | IGLESIA | CLAVEL | ROJO | Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2/5 |
| Optativo | | Pista de categoría | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | | Pista elección múltiple | | | | | |
| ORIENTACIÓN | <input checked="" type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input checked="" type="checkbox"/> Mes <input checked="" type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input checked="" type="checkbox"/> Lugar <input checked="" type="checkbox"/> Localidad | | | | | 6/6 | |
| © Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org | | Normal $\geq 26 / 30$ | | TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> 22 / 30 | | Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios | |

REGISTRO VISITA A DOMICILIO FECHA:

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA.

- **Condiciones de habitabilidad: revisión grifos, iluminación, persianas**
Agua y luz en correcto funcionamiento. Bombillas de final de pasillo y dormitorio del paciente fundidas y pendientes de cambiar. Aun así, el piso recibe una buena luz natural.
- **Buzón:**
Recoge un par de cartas y comprueba si son importantes y/o urgentes.
- **Limpieza General:**
Buen estado de limpieza. Se observan algo sucias las paredes, sin mucha relevancia. Reconoce dificultad para mantener su hogar limpio, y recuerda haber dejado el salón con mucha basura; agradecido de que una empresa de limpieza haya trabajado allí durante su ingreso.
- **Cocina:** Gas / eléctrica/ inducción.
Vitreocerámica eléctrica que funciona adecuadamente. También la campana extractora y su luz.
- **Electrodomésticos:** Lavadora/ Secadora/ Lavavajillas/Microondas/ otros
Tiene lavadora, nueva, que funciona. También el horno.
Tiene un lavavajillas que parece no funcionar.
No tiene secadora ni microondas.
- **Ascensor:** Si/No
Sí, sin escaleras ni rampa necesarias para acceder al mismo.

- **Salón:** Estado muebles, limpieza, orden, TELEVISOR
Limpio y muy luminoso, con acceso a un balcón a través de un amplio ventanal. Tiene un sofá, una mesa con dos sillas, un pequeño mueble con una TV grande de pantalla plana y una estantería con fotos de su hermano y sobrinos y muchos libros (según refiere, de cuando estudiaba Bachiller).
- **Baño:** Bañera/ Ducha
Espacio pequeño, pero suficiente para su actual estado motor.
Tiene ducha con suelo antideslizante y mampara.
- **Ordenador:**
No. Tampoco precisa ni quiere tenerlo.
- **Dormitorio:** Cama/ Orden armario
Su casa tiene dos dormitorios. El suyo sólo tiene una cama (no tiene armario), por lo que guarda la ropa en el otro dormitorio, que correspondía a sus padres. Durante la visita, se rompe la llave que abre la puerta grande de dicho armario (pendiente de subsanar).
- **OBSERVACIONES:**
Animales/ Terraza/ Plantas/ Trastero.
Terraza accesible desde el cuarto de estar, sin muebles ni ningún otro objeto. Refiere que tenía una silla rota, pero que se la han debido de llevar durante el ingreso. Comenta que pasa mucho tiempo ahí, ya que es muy soleada por las mañanas. Las vistas son al Polígono de Alcalde Caballero.
No tiene animales ni plantas. Tampoco garaje ni trastero.

RECURSOS UTILIZADOS:

- **SAD:**
No dispone, pero sería recomendable.
- **CENTRO DE DIA:**
- **COMEDOR:**
- **FAMILIA:**
Su hermano vive en Valencia, pero es su familiar de referencia y gran figura de apoyo, lo cual percibe el propio paciente.
Le ayuda con trámites burocráticos, bancarios, y siempre que necesita algo, siendo la persona que suele percatarse de cuándo su situación clínica es inestable.

VALORACIÓN GENERAL:

Buen estado de limpieza, a causa de una empresa de limpieza que acondicionó las estancias previamente a la visita domiciliaria, por petición del hermano del paciente.

El orden de la vivienda es apropiado.

Suministros en adecuado funcionamiento, tanto luz como agua.

Trataremos de contactar con seguro del hogar para arreglar los siguientes temas:

- Lavavajillas que no funciona.
- Llave del armario donde guarda la ropa partida, por lo que este no se puede abrir.

Pendiente de cambiar dos bombillas (final de pasillo y dormitorio propio).

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL:

13/01/2022

Rocío Serrano (TO), Carmen y Lucía (estudiantes de TO).

- Anexo 4

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|----------------------|---|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|
| Ducha | X | X | X | X | X | X | X |
| Lavado pelo | X | X | X | X | X | X | X |
| Cambio ropa interior | X | X | X | X | X | X | X |
| Poner ropa limpia | Se compromete a hacerlo cada dos días + si hace deporte | | | | | | |
| Lavado dientes | X | X | X | X | X | X | X |
| Hacer cama | Todos los días si duerme en el sofá, poner sábanas | | | | | | |
| Cambio sábanas | X | | | | | | |
| Limpiar casa | | | | | | | |
| Poner lavadora | Cuando tenga ropa suficiente para ponerla | | | | | | |
| Hacer comida | | | | | | X | X |
| Cuidado de uñas | Según necesidad | | | | | | |
| Cuidado de barba | Según necesidad | | | | | | |

- Anexo 5: Ejemplo de revisión de las actividades del plan de autocuidado.

| FECHA | LIMPIEZA HABITACIÓN | ROPA | HIG. PERSONAL (DUCHA) | OBSERVACIONES |
|----------|--|---|--|--|
| 01/12/21 | | No usa pijama. Reconducir si sale por la noche de la habitación. Recoge ropa del tendedor | Se ducha después de gimnasio | Recordar uso de pijama por las noches. Preguntar higiene dental CO-CE En el taller de Psicoeducación se acuerda con él que intentará hacerse cepillado de dientes también al mediodía, recordárselo al abrir la habitación Hacer registro de deposiciones |
| 02/12/21 | | No usa pijama | Se corta las uñas de las manos | |
| 03/12/21 | | Se cambia de ropa y pone lavadora por indicación del personal.(vemos la ropa manchada de heces, él no se ha dado cuenta de que estaba sucio el pantalón) | | |
| 05/12/21 | | Se cambia de ropa y pone lavadora por indicación del personal.(vemos la ropa manchada de heces, él no se ha dado cuenta de que estaba sucio el pantalón) | | Cambia toda la ropa de la cama porque está sucia de heces. |
| 07/12/21 | | | Se ducha por la tarde después del gimnasio. | Se le entrega pijama de la casa. |
| 08/12/21 | Observamos sábanas sucias de tierra | | | Observar que se quita los zapatos en la siesta. Se propone cambio de sábanas dos veces a la semana |
| 10/12/21 | Se cambia de sábanas por cambio semanal. | Se pone pijama por la noche, pero se despierta sin él. Se cambia de ropa. | Ducha diaria tras gimnasio. | Observar que se quita los zapatos en la siesta. Se propone cambio de sábanas dos veces a la semana. Control deposiciones por sábanas sucias. |
| 13/12/21 | | Ha dormido sin pijama. Después de la ducha no se cambia de ropa | Se ducha después de gimnasio y se lava el pelo | Resto de heces en las sábanas por la noche. Cuando se le despierta de la siesta nos percatamos de que no ha puesto sábanas en la cama, duerme encima del colchón directamente |
| 15/12/21 | | Se cambia de ropa después de ducharse tras recordárselo el personal | Se ducha y lava el pelo | Observamos que se pone el pantalón sin ropa interior y sin cerrarlo bien de la cremallera |
| 16/12/21 | | Es necesario continuar insistiendo en que se ponga el pijama. Se cambia de ropa. Pone lavadoras con frecuencia adecuada. | Se sigue duchando después del gimnasio. | Seguir observando cambio de ropa y que lleve ropa interior. |
| 17/12/21 | Se cambia las sábanas por cambio semanal. Limpieza de habitación. | Pone lavadora. | Ducha después del gimnasio | Se pone ropa interior |
| 18/12/21 | | | Se ducha después del gimnasio. | |

- Anexo 6

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|-------------------|--------------------------------|---|-----------------|--|-----------------|----------------------------------|-----------------|
| 8:00 | DESPERTAR | DESPERTAR | DESPERTAR | DESPERTAR | DESPERTAR | DESPESTAR | DESPESTAR |
| 9:00 | DESAYUNAR | DESAYUNAR | DESAYUNAR | DESAYUNAR | DESAYUNAR | DESAYUNAR | DESAYUNAR |
| 9:30-10:00 | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS | BUENOS DÍAS |
| 10:15 | | | | LIMPIEZA CUARTO | | PONER LAVADORA (según necesidad) | |
| 11:00 - 11:45 /12 | | TALLER REHABILITACIÓN COGNITIVA - REHACOB | | TALLER REHABILITACIÓN COGNITIVA- REHACOB | | | |
| 12:15 | | | TALLER COCINA | | | | |
| 1:30 | COMIDA | COMIDA | COMIDA | COMIDA | COMIDA | COMIDA | COMIDA |
| 4:30 | ASAMBLEA | ASAMBLEA | ASAMBLEA | ASAMBLEA | ASAMBLEA | ASAMBLEA | ASAMBLEA |
| 5:30 | TALLER DE HABILIDADES SOCIALES | | | | | | |
| 7:00 | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO | GIMNASIO/ PASEO |
| 8:00 | DUCHA | DUCHA/LAVADO DE PELO | DUCHA | DUCHA/LAVADO DE PELO | DUCHA | DUCHA | DUCHA |
| 9:00 | CENA | CENA | CENA | CENA | CENA | CENA | CENA |