

Trabajo de Final de Máster

**PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN:
ABORDAJE DE UNA PERSONA CON DESAFÍO VOLICIONAL
SEVERO DESDE UNA PERSPECTIVA OCUPACIONAL**

Autora: Elena Gallardo Molpeceres

Tutor: Dr. D. Josep Andreu Pena Garijo

Fecha de lectura: XXX

Agradecimientos

A MM, por permitirme acompañarla estrechamente en su proceso de rehabilitación.

A todas las personas con TMG, en especial, a las personas usuarias de la mini-residencia, por perseverar en la carrera de fondo que es su recuperación.

A mis compañeros y compañeras de trabajo por respaldar e impulsar las inquietudes que han motivado este Trabajo de Final de Máster.

A mi tutor, el Dr. Josep Andreu Pena Garijo, por ser tan accesible y adaptarse a mí en una época de muchos cambios.

A los profesores de este máster, por contribuir con su conocimiento y dedicación a la formación de esta joven terapeuta ocupacional.

A mi marido, Ramón, por animarme cuando el máster se ha hecho cuesta arriba y celebrar mis logros.

Resumen

El propósito de este Trabajo de Fin de Máster es exponer el Plan Individualizado de Rehabilitación de MM, una mujer de 54 años con esquizofrenia y predominancia de sintomatología negativa que vive una mini-residencia de la red de atención social a personas con trastorno mental grave.

La evaluación de MM revela que su sintomatología actual limita el desarrollo de un proyecto de vida significativo y la participación satisfactoria en la comunidad. Esto se manifiesta en dificultades para la interacción social, el abandono de la mayoría de sus actividades de la vida diaria, la ausencia de ocio y la falta de roles.

En términos del Modelo de ocupación humana de terapia ocupacional esta disfunción se denomina desafío volicional severo y su abordaje implica un proceso de remotivación. Para ello, se emplea la ocupación cotidiana de MM como medio y fin de la intervención, aplicando estrategias para lograr un desempeño ocupacional acorde a sus intereses y valores.

El Plan Individualizado de Rehabilitación consta de objetivos y acciones. Los objetivos generales son la adquisición de rutina y la participación social y en actividades de interés, mientras que el objetivo transversal es el establecimiento de vínculo terapéutico. Las acciones del plan se orientan a la participación en las actividades grupales, que permiten trabajar directamente sobre los objetivos específicos y operativos.

La puesta en marcha de estrategias que afianzan el vínculo facilita el desarrollo de la intervención. De esta forma, se observa que la adecuación de MM al contexto grupal mejora cuando percibe la atención y cercanía de la terapeuta ocupacional. En cuanto a la evaluación del proceso, se observan logros en la manifestación de los intereses volicionales y en aspectos vinculares; no obstante, la participación comunitaria y el establecimiento de rutinas quedan pendientes para futuras intervenciones.

Como conclusión para este caso, el abordaje desde la perspectiva de terapia ocupacional en el contexto residencial, a pesar de no conseguir la totalidad de los objetivos de intervención, demuestra ser un facilitador de la vinculación y la participación en actividades significativas.

Palabras clave

Trastorno mental grave (TMG) | Esquizofrenia | Síntomas negativos | Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) | Terapia ocupacional | Modelo de ocupación humana (MOHO) | Vínculo terapéutico | Volición

Abstract

The purpose of this Master's Thesis is to present the Individualized Rehabilitation Plan of MM, a 54-year-old woman with schizophrenia and predominantly negative symptomatology living in a mini-residence of the social care network for people with severe mental disorders.

MM's assessment reveals that her current symptomatology limits the development of a meaningful life project and satisfactory participation in the community. This is manifested in difficulties in social interaction, abandonment of most of her daily life activities, absence of leisure and lack of roles.

In terms of the Model of human occupation of occupational therapy, this dysfunction is called severe volitional challenge and its approach involves a remotivation process. To this end, MM'S daily occupation is used as both the means and the end of the intervention, applying strategies to achieve an occupational performance according to her interests and values.

The Individualized Rehabilitation Plan recaps some objectives and actions. General objectives are the acquisition of routine, social participation and participation in activities of her interest, whereas the cross-cutting objective is the establishment of a therapeutic alliance. The actions of the plan are oriented towards participation in group activities which allow working directly on specific and operational objectives.

The implementation of strategies that strengthen the alliance helps in the development of the intervention. Thus, it is observed that MM's adaptation to the group context improves when she perceives the attention and closeness of the occupational therapist.

Regarding the evaluation of the process, achievements are observed in the demonstration of volitional interests and in relational aspects; however, community participation and establishment of routines remain pending for future interventions.

As a conclusion for this case, the approach from the perspective of occupational therapy in the residential context, despite not achieving all the intervention objectives, proves to be a facilitator of bonding and an opportunity for participation in meaningful activities.

Key words

Severe Mental Illness (SMI) | Schizophrenia | Negative symptoms | Individualized Rehabilitation Plan (IRP) | Occupational therapy | Model of human occupation (MOHO) | Therapeutic alliance | Volition

Contenido

CAPÍTULO 1. Introducción	1
CAPÍTULO 2. Evaluación funcional	10
2.1. Información preliminar	10
2.2. Historia ocupacional	11
2.3. Instrumentos de evaluación	13
2.4. Análisis descriptivo de la disfunción por áreas de funcionamiento (resultados de la evaluación)	18
CAPÍTULO 3. Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)	24
3.1. Objetivos del PIR	24
3.2. Acciones del PIR	24
CAPÍTULO 4. Puesta en marcha del PIR	28
4.1. Desarrollo de la intervención	28
4.2. Evaluación y discusión de resultados de la intervención	31
CAPÍTULO 5. Conclusiones	34
Referencias bibliográficas	36
Anexos	38
Anexo 1. Entrevista	38
Anexo 2. PANSS	39
Anexo 3. BELS	41
Anexo 4. Hoja de puntuación del ACIS	43
Anexo 5. TMT	45
Anexo 6. Identificación de la disfunción ocupacional	46
Anexo 7. Horario de actividades grupales	54

CAPÍTULO 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Añade que la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales y se da en un proceso complejo que cada persona experimenta de una manera diferente.

En base a esta definición, es posible abordar el concepto de enfermedad mental como un elemento que se inserta en el continuo de la salud mental y produce repercusiones variables en los distintos ámbitos de la vida diaria de las personas. Dichas repercusiones pueden resultar limitantes para la autonomía personal según el deterioro en la funcionalidad que ocasionen.

Por otro lado, el modelo de vulnerabilidad al estrés (Zubin & Spring, 1977) sitúa las causas para el desarrollo y el mantenimiento de la esquizofrenia en la interacción entre la vulnerabilidad personal y los estresores ambientales. En este modelo también son relevantes los factores de protección, que reducen el impacto de los estresores y son pilares del tratamiento rehabilitador.

Sobre la base que proporciona este modelo resulta más sencillo comprender el origen de la esquizofrenia y los trastornos mentales graves (TMG) en relación con las experiencias vitales. Parte de la premisa de que existe una predisposición genética o adquirida al desarrollo de psicosis, la cual se conoce como vulnerabilidad (Zubin & Spring, 1977).

Sin embargo, la vulnerabilidad no determina la manifestación del trastorno, puesto que se requieren situaciones ambientales estresantes para la persona (Zubin & Spring, 1977), por ejemplo, el consumo de tóxicos, las enfermedades, un cambio de trabajo o una separación. La experiencia de estrés actúa potenciando la vulnerabilidad personal y favoreciendo el desarrollo de un TMG.

La vulnerabilidad también se ve afectada por los factores de protección, que pueden atenuar la intensidad del estrés que sufre la persona (Zubin & Spring, 1977). Pueden ser factores de protección personales como las habilidades sociales y la capacidad de resolución de problemas o ambientales como el apoyo familiar y la red social. Además,

en el caso de desarrollar un TMG sirven para disminuir la duración del episodio psicótico y, por lo tanto, sus consecuencias para el funcionamiento psicosocial.

Más allá de la concepción teórica, la esquizofrenia es un TMG que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y se asocia a un conjunto de problemas de salud y psicosociales importantes (APA, 2013).

El DSM-5 (APA, 2013) engloba la psicosis en su capítulo “el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Estos trastornos se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado o anómalo y síntomas negativos.

En el **Cuadro 1** se describen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM-5 (APA, 2013).

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia (APA, 2013)	
Criterios diagnósticos	295.90 (F20.9)
<p>A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p.ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia). 	
<p>B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>	
<p>C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A</p>	

<p>presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>
<p>D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</p>
<p>E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p>
<p>F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno, y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un <i>episodio agudo</i> es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos. • Primer episodio, actualmente en remisión parcial: <i>Remisión parcial</i> es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente. • Primer episodio, actualmente en remisión total: <i>Remisión total</i> es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. • Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva). • Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial. • Episodios múltiples, actualmente en remisión total.

- **Continuo:** Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

- **No especificado**

Especificar si:

- **Con catatonía** (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental, págs. 119-120).
 - **Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía recurrente.

Especificar la gravedad actual:

- La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala clínica Gravedad de los síntomas de las dimensiones de psicosis, en el capítulo “Medidas de evaluación” en la Sección III del DSM-5).
 - **Nota:** El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Además, las personas con esquizofrenia pueden mostrar problemas en el estado de ánimo, alteraciones del sueño, preocupaciones somáticas, problemas en la conducta alimentaria, ansiedad y miedos, así como déficits cognitivos y de cognición social. Algunas personas con psicosis muestran ausencia de *insight* (falta de conciencia de los propios síntomas). Aunque menos comunes, pueden asociarse la hostilidad y la agresión. También, cabe destacar que se da una disfunción social, académica y laboral significativa, a pesar de que la persona posea las habilidades cognitivas pertinentes.

Los índices de prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida son del 0,3 al 0,7%, aproximadamente. Los hombres muestran una mayor incidencia de síntomas negativos, que se asocian a un peor pronóstico, mientras que los síntomas del estado de

ánimo y cuadros breves asociados a un mejor pronóstico, muestran un riesgo equivalente para ambos sexos (APA, 2013).

Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia suelen aparecer entre la adolescencia tardía y la mitad de los treinta, situándose el pico de inicio en la primera mitad de la veintena en los hombres y al final de la veintena en las mujeres; un inicio temprano suele predecir un peor pronóstico (APA, 2013).

A propósito del caso que aborda este trabajo se especifican a continuación algunos aspectos relevantes sobre la sintomatología de la esquizofrenia con la intención de favorecer la justificación del tratamiento de terapia ocupacional descrito en las siguientes páginas.

En primer lugar, la sintomatología negativa, adquiere la forma de expresión emotiva disminuida, abulia, alogia, anhedonia y asociabilidad (American Psychiatric Association (APA), 2013, p. 5). Estos síntomas suponen importantes limitaciones en varias áreas del funcionamiento personal y social, tales como la comunicación, las relaciones interpersonales la movilidad y la participación comunitaria, además del desempeño de actividades de toda índole, como las relativas al autocuidado, la productividad y el ocio.

La expresión emotiva disminuida es el síntoma más frecuente y consiste en la disminución de la expresión de las emociones mediante las expresiones faciales, los gestos y la entonación que da lugar a la pérdida de énfasis en el discurso. La propia naturaleza de este síntoma hace inevitables las repercusiones en la comunicación y las relaciones sociales de forma directa, así como en otras actividades de la vida diaria provistas de un componente social. Por ejemplo, podría hacerse referencia a la alimentación en el contexto de un restaurante y la presencia de amigos con los que dialogar durante la actividad.

Otro síntoma común es la abulia, que consiste en la disminución de la realización de actividades por iniciativa propia y motivadas por un propósito. Al igual que respecto al síntoma anterior, las consecuencias de este se manifiestan en el desempeño de actividades. Por ejemplo, podría interferir en el cumplimiento de las obligaciones laborales en una actividad de carácter productivo o la realización de actividades de ocio significativas para la persona, ambas por falta de motivación.

En segundo lugar, la sintomatología positiva de la esquizofrenia si se presenta en una persona con diagnóstico de tipo residual lo hace de forma atenuada y con al menos dos síntomas. Comprende las ideas delirantes, las alucinaciones, el pensamiento desorganizado y el comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

El pensamiento desorganizado puede llegar a producir dificultades en la comunicación que tienen que ver con el cambio de un tema a otro o la falta de relación de una respuesta que ofrece la persona ante la pregunta de otra. De un modo más específico, la desorganización del pensamiento puede interferir en la relación entre la persona diagnosticada y la persona cuidadora, por la inexactitud para la expresión de necesidades de la primera y la consecuente proporción de cuidados o apoyos por parte de la segunda.

Por último, el comportamiento motor muy desorganizado o anómalo se concreta en multitud de formas que radican en dificultades para desempeñar y finalizar con éxito todo tipo de actividades, especialmente aquellas de carácter instrumental. En este sentido destaca el comportamiento catatónico que se observa en una reactividad disminuida a los estímulos del entorno, aunque también están presentes otras manifestaciones como el mutismo y la ecolalia, entre otras. La afectación motora tiene implicaciones en la participación de una persona en su comunidad haciendo uso de recursos o servicios en condiciones de inclusión o en la realización satisfactoria de actividades para una vida autónoma.

Los síntomas descritos pretenden reflejar algunas de las dificultades que experimenta una persona con discapacidad psicosocial a causa del diagnóstico de esquizofrenia en un contexto inespecífico.

De forma más concreta, en el marco de la rehabilitación psicosocial, que hace una apuesta por la recuperación de las personas con problemas de salud mental, es posible llevar a cabo distintos tipos de intervenciones para potenciar las fortalezas y atenuar las dificultades en beneficio de la autonomía de la persona.

La intervención que se describe en este trabajo de caso hace referencia a la terapia ocupacional. El Modelo de ocupación humana (MOHO; del inglés *Model of Human Occupation*) (Kielhofner, 2011) constituye un referente en el tratamiento de los TMG desde la disciplina de terapia ocupacional.

La difusión del MOHO en rehabilitación psicosocial responde a que apoya la práctica centrada en la ocupación, ayuda a priorizar las necesidades de la persona, provee una visión integral, ofrece un enfoque centrado en el cliente, proporciona una base sólida para generar objetivos de intervención y brinda un razonamiento clínico para esta.

El énfasis de la práctica centrada en la ocupación (Kielhofner, 2011) recae en el modo en que la ocupación se motiva, se organiza en patrones de vida y se desempeña en el contexto. También incluye qué ocurre cuando existen limitaciones, enfermedades y otras situaciones que crean problemas ocupacionales y de qué modo la terapia ocupacional favorece la participación en ocupaciones que generan satisfacción, bienestar físico y emocional.

Sobre la práctica centrada en la persona (Kielhofner, 2011), el MOHO recalca la singularidad del cliente, apreciando la perspectiva y situación individual, dando valor a la relación terapeuta-cliente y promocionando el respeto y apoyo de sus valores, hábitos y roles, entre otros.

Estos dos pilares del MOHO dotan a la terapia ocupacional de un papel fundamental en la rehabilitación psicosocial, con herramientas para restaurar la funcionalidad y mejorar la salud y calidad de vida de las personas con TMG. Mediante el empleo de la ocupación significativa como medio y fin del tratamiento se puede mantener y mejorar habilidades y funciones afectadas, como las habilidades de comunicación o las funciones cognitivas, además de recuperar el sentimiento de eficacia, descubrir la satisfacción por hacer y despertar la motivación.

El MOHO, en su fundamentación teórica, plantea que la persona se compone de tres subsistemas relacionados. Estos son la volición, la habituación y la capacidad de desempeño (Kielhofner, 2011).

El subsistema volición (de las Heras, 2004c) hace referencia a las elecciones ocupacionales basadas en la voluntad de la persona mediante las que se adquiere un rol ocupacional y se teje un proyecto personal. Estructuran este sistema la causalidad personal entendida como la creencia sobre la propia efectividad, los valores que reflejan lo que es importante y significativo y los intereses que definen lo que es placentero y satisfactorio.

El subsistema habituación (de las Heras, 2004b) tiene que ver con los patrones de comportamiento que la persona aplica de forma semiautónoma para responder a sus contextos. Se construye sobre la volición y se compone de hábitos y roles. Los hábitos son formas de hacer generadas mediante el desempeño repetido de una acción en un mismo contexto; mientras que los roles implican una serie de comportamientos relacionados con un estatus definido social y personalmente.

El subsistema capacidad de desempeño (de las Heras, 2004a) recoge las funciones tanto físicas como mentales que sirven para llevar a cabo las ocupaciones y la experiencia subjetiva que adquiere la persona de ellas según su condición. La capacidad de desempeño permite que la concepción de la enfermedad y el impacto de la limitación en el desempeño sean diferentes para cada persona.

Estos tres subsistemas responden a la afectación que puede presentar una persona con esquizofrenia, por ejemplo, visible en la abulia como una imagen del déficit motivacional, en el comportamiento desorganizado como una imagen de la ausencia de hábitos y pérdida de roles y en los delirios y las alucinaciones como expresión de la alteración objetiva de las funciones de pensamiento y experiencia subjetiva de repercusión en el desempeño de ocupaciones cotidiano.

Más allá de la composición de la persona, otro elemento valioso del MOHO es el Cuestionario Volicional (VQ; del inglés *Volitional Questionnaire*) (de las Heras et al., 1998). Se trata de un instrumento de evaluación para personas con déficit volicional, en términos de terapia ocupacional. Este instrumento define un continuo volicional de tres etapas, ordenadas de menor a mayor intensidad, llamadas exploración, competencia y logro que permite guiar y acompañar el proceso de despertar la motivación para el desarrollo de un proyecto vital propio en personas con esquizofrenia.

El continuo volicional describe la etapa de exploración como un nivel en el que está presente el deseo básico de interactuar con el ambiente y existe la posibilidad de experimentar placer al hacerlo. Describe que la persona manifiesta curiosidad e interés e inicia acciones en el entorno inmediato, que se percibe como seguro y sin riesgo de fracaso (de las Heras et al., 1998).

Después, aparece la etapa de competencia en la que la persona siente su propia eficacia y placer por hacer. La persona se focaliza en realizar un desempeño satisfactorio, es capaz de resolver problemas en el curso de sus acciones y espera que dichas acciones

cumplan unos estándares de calidad. Destaca el crecimiento del control personal y la determinación de involucrarse activamente (de las Heras et al., 1998).

En último lugar, detalla la etapa de logro en la que la persona puede responder de forma consistente a las demandas cambiantes del ambiente demostrando además motivación por el dominio de nuevas habilidades y actividades. Existen unos niveles de calidad internos para la persona y que son sinónimo de éxito, los cuales implican la persistencia en las iniciativas, el empleo de atención y energía adicional y la búsqueda de desafíos y nuevas responsabilidades (de las Heras et al., 1998).

En cada momento del proceso de rehabilitación de una persona con esquizofrenia se manifiestan unas características volicionales únicas. Esto supone que las etapas no son compartimentos estanco, sino que sus elementos se entrecruzan. Así, el continuo supone un marco para comprender el nivel volicional de la persona y evaluar los cambios.

Resulta relevante para el abordaje del caso la comprensión de los subsistemas de la persona y del instrumento de evaluación VQ, puesto que se trata de una persona que padece un déficit volicional severo y que precisa de un proceso de remotivación (de las Heras et al., 2003). Este proceso contextualiza y dota de significado a la intervención sobre la que versa este trabajo cuando se explica el deterioro ocasionado por la esquizofrenia en la persona.

El deterioro se traduce en la pérdida de la causalidad personal al dejar de experimentar los efectos de su propio hacer unida a la falta de arraigo de unos valores para identificar lo que es bueno, correcto e importante realizar. La disfuncionalidad también se produce por la debilidad de los intereses personales, que son vencidos por el disfrute inmediato de ciertas actividades desajustadas a los contextos frente a otras más elaboradas y de mayor exigencia física y mental para el desarrollo de un proyecto vital.

Este caso reúne las condiciones para recibir tratamiento de terapia ocupacional en el contexto de la rehabilitación psicosocial comunitaria. El déficit volicional junto con la falta de patrones que estructuran la ocupación diaria sumado a la experiencia subjetiva de limitación puede ser intervenido para conseguir un desempeño satisfactorio para la persona y funcional en la comunidad.

CAPÍTULO 2. Evaluación funcional

2.1. Información preliminar

Nombre: MM

Apellidos: A L

Sexo: femenino

Fecha de nacimiento: 02/07/1968

Profesión: no ha ejercido ninguna profesión

Diagnóstico médico: Esquizofrenia de tipo residual y Trastorno del Desarrollo Intelectual

Fecha de primera valoración: 28/02/2022

Fecha de comienzo del tratamiento en terapia ocupacional: 15/03/2022

Frecuencia de tratamiento: diaria, de lunes a viernes.

Número de sesiones: no se acuerda el número de sesiones debido a que MM acude de forma esporádica.

Fecha de alta: no hay alta prevista.

Tratamientos afines: dispositivo intrauterino (DIU).

Antecedentes: fobia escolar, conductas desinhibidas (exhibicionismo y robos), conducta sexual desorganizada; diagnóstico de esquizofrenia con 19 años después de varios ingresos por psicosis injertada.

Tratamiento farmacológico:

- Clorpromazina 40mg/ml, gotas orales: 30ml (cada 8 horas).
- Ciclopirox olamina 1,5% champú: 100ml (una vez al día: lunes, miércoles y viernes).
- Clozapina 100mg comprimidos: 1 comprimido (0-1-1).
- Lormetazepam 2mg comprimidos: 1 comprimido (si precisa por insomnio).
- Diazepam 10mg comprimidos: 1 comprimido (si precisa por ansiedad).
- Clozapina 200mg comprimidos: 1 comprimido (1-0-1).

- Diazepam 10mg comprimidos (1-1-1).
- Atropina 10mg/ml, 1% gotas: 2 gotas (1-0-1).
- Biperideno 4mg comprimidos: 1 comprimido (1-0-1).
- Propranolol 10mg comprimidos: 2 comprimidos (1-1-1).
- Lactulosa 10g solución oral: 1 sobre (1-1-1).
- Calcio/vitamina D (demilos) 600mg comprimidos: 1 comprimido (0-1-0).
- Florazepam 30mg cápsulas: 1 cápsula (0-0-1).

Otros datos de interés: consumo compulsivo de tabaco y coca-cola, incapacitada legal (tutela ejercida por su hermana P) y discapacidad del 65% reconocida.

Motivo de la derivación:

La familia de MM solicita orientación al Centro de Salud Mental (CSM) en el mes de enero para buscar un recurso que se adapte mejor a las características de MM debido a que se encontraban insatisfechos con la labor de rehabilitación que se estaba llevando a cabo en el anterior recurso.

MM es una persona que presenta desafío volicional severo y que no consigue funcionamiento autónomo en el desempeño diario. Los objetivos que se plantean en el Plan de Continuidad de Cuidados (PCC) de MM son muy sencillos y quedan expresados como activarse física, cognitiva y emocionalmente y aumentar su participación en la comunidad.

Tras la consulta, ya en febrero, la familia decide el ingreso de MM en una plaza privada de una mini-residencia (MR) que se ajusta a las condiciones que consideran óptimas para el bienestar de MM con el fin de evitar demorar su entrada por las listas de espera.

2.2. Historia ocupacional

MM es una mujer de 54 años, soltera. Es usuaria del Programa de Continuidad de Cuidados y de los servicios de la red de atención social a las personas con TMG desde hace doce años y se encuentra en seguimiento de salud mental desde hace tres décadas. Ha ingresado en varias ocasiones en unidades de rehabilitación.

Es la sexta de siete hermanos. Siempre ha vivido con sus padres, ahora fallecidos, y su hermano R. Antes del ingreso en la MR vive la mitad del año en casa de su hermano R y la otra mitad en casa de su hermana P, que además ejerce como tutora legal. A pesar de mantener relación con todos sus hermanos carece de apoyo familiar suficiente para garantizar un adecuado estado de salud física y mental, puesto que todos ellos se encuentran sobrepasados por la situación de MM.

En la infancia presenta dificultades para el desempeño escolar, que se manifiestan en lo académico y lo relacional, viéndose en una situación de retraso que finalmente deriva en fobia escolar. Por este motivo, cursa sus estudios hasta 7º curso de EGB. Posteriormente acude a distintos cursos y talleres, pero no finaliza ninguna formación.

A la edad de 13 o 14 años aparecen los primeros síntomas psicóticos. Durante la adolescencia genera tendencia al aislamiento, limita sus relaciones sociales al ámbito familiar y restringe su repertorio ocupacional a actividades solitarias como la lectura o la realización de pasatiempos en el domicilio familiar.

Más tarde, con 19 años recibe el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y psicosis injertada en retraso mental, en el contexto de varios episodios en los que muestra conductas desinhibidas. Con el tiempo, la patología cronifica de manera que la sintomatología negativa de la esquizofrenia prevalece sobre la positiva. Actualmente, sufre un deterioro cognitivo moderado-severo.

El grado de deterioro que presenta actualmente limita su autonomía personal. Requiere refuerzo verbal para la realización de determinadas actividades de la vida diaria (AVD) como la higiene personal, la adhesión a hábitos saludables o el mantenimiento de su espacio, muestra baja interacción con otras personas usuarias y dispone de habilidades de comunicación restringidas con estilo unidireccional y demandante. Además, tiene dificultades para participar en actividades estructuradas y/o grupales. Su aspecto personal es descuidado y presenta aplanamiento afectivo.

Participa de manera discontinua en los distintos talleres de la MR en horario de mañana. Resulta habitual que desconecte de la actividad, desista en la realización de esta y que incluso abandone la sala. Únicamente permanece y realiza desempeño con interés si se trata de alguna actividad relacionada con la estética e imagen personal (maquillaje, manicura, etc.).

Frecuentemente muestra interés por comunicarse a través de videollamada o recibir visitas de sus hermanos, tras las cuales se muestra contenta, además de por la salida a la comunidad de los viernes. Demanda constantemente realizar actividades de maquillaje y peluquería. Dedicar gran parte de su tiempo a tomar coca-cola, pasear y fumar en las inmediaciones de la MR.

2.3. Instrumentos de evaluación

En el ámbito de la rehabilitación psicosocial es preciso analizar de manera holística la situación de cada persona de cara a tomar las decisiones clínicas convenientes y a efectuar una intervención adecuadas. Por este motivo, cada una de las disciplinas que trabajan en este ámbito han de valorar el estado de la persona usuaria desde la perspectiva y la especificidad de su disciplina, sin dejar de lado el enfoque global.

Desde terapia ocupacional, se recomienda que la valoración de la persona usuaria de salud mental aborde evaluación del perfil ocupacional, evaluación del desempeño ocupacional, evaluación de entorno y contextos, evaluación de los requerimientos de las actividades y roles, análisis de las fuentes indirectas (como la historia clínica) y selección de métodos de evaluación, entre los que debe figurar entrevista ocupacional, observación del desempeño y utilización de instrumentos estandarizados (Sanz Valer & Bellido Mainar, 2012).

En primer lugar, sobre las fuentes indirectas, se recopila información procedente de la historia clínica, historia social e historia ocupacional. Estas historias son útiles para dibujar una idea del perfil de MM en cuanto a su diagnóstico, familia y nivel de independencia y participación.

Conocidas las características personales de MM se diseña una evaluación centrada en aspectos volicionales compuesta de observación no estructurada, entrevista no estructurada para hacer una aproximación general a la situación de MM; Escala de los Síndromes Positivo y Negativo para hacer una aproximación clínica; y por último, los instrumentos Habilidades Básicas de la Vida Diaria, Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción Social, Cuestionario Volicional, Listado de Intereses adaptado y Test del trazo para una aproximación desde la perspectiva de terapia ocupacional.

Esta evaluación se ajusta a la estructura propuesta por el Marco de Trabajo para la Práctica de la terapia ocupacional: Dominio y Proceso (American Occupational Therapy Association, 2008). Es necesario destacar que los instrumentos de evaluación estandarizados empleadas no se aplican de la manera exacta que explican sus manuales debido a las condiciones del caso. Es posible, y sería útil considerarlo en futuras valoraciones, que este perfil de persona usuaria requiera otros instrumentos de evaluación cuya aplicación sea más laxa.

La observación no estructurada se lleva a cabo a principios del mes de febrero con el objetivo de conocer cómo se desenvuelve MM en el contexto grupal de las actividades y en los tiempos de descanso. En este periodo, se presta especial atención a los patrones de ejecución (roles, hábitos y rutinas), además de las destrezas motoras y praxis de MM para generar una idea global de su desempeño (American Occupational Therapy Association, 2008).

Se elabora una entrevista (ver anexo 1) con una doble finalidad; por un lado, construir el vínculo terapéutico con MM e informarle del tratamiento individualizado que se llevaría a cabo y, por otro contrastar la información de las fuentes indirectas con la experiencia de la paciente, así como, obtener otros datos que pudieran resultar de interés. Esta entrevista formula preguntas muy sencillas organizadas en distintos apartados: organización personal del día a día en el recurso, AVD, intereses, infancia, formación y familia. A pesar de que se trataba de preguntas de respuesta abierta, esto no dio lugar a entablar una conversación medianamente fluida.

La Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (del inglés, *Positive and Negative Syndrome Scale*) (PANSS) (Peralta Martín & Cuesta Zorita, 1994) (ver anexo 2) evalúa los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, así como la psicopatología general, mediante una entrevista. Consta de un total de 30 ítems, de los cuales 7 corresponden a la escala de sintomatología positiva (PANSS-P), 7 a la escala de sintomatología negativa (PANSS-N) y 16 a la escala de psicopatología general (PANSS-GP). Los ítems quedan definidos para determinar la presencia de un síntoma y, en el caso de estar presente, cuantificar su intensidad en base a la importancia, frecuencia e impacto en el funcionamiento cotidiano. Cada ítem se puntúa de 1 a 7, siendo 1 ausente, 2 mínimo, 3 leve, 4 moderado, 5 moderadamente grave, 6 grave y 7 extremo. Las puntuaciones de PANSS-P y PANSS-N oscilan entre 7 y 49, mientras que las de PANSS-GP lo hacen entre 16 y 112. La PANSS-GP aporta un valor añadido al instrumento ya que proporciona

información sobre la gravedad de la esquizofrenia y sirve como referencia para interpretar las puntuaciones de las otras dos escalas.

El instrumento Habilidades Básicas de la Vida Diaria (del inglés, *Basic Everyday Living Skills*) (BELS) (Servicio Andaluz de Salud, 2010) (ver anexo 3) se administra para evaluar el desempeño en las AVD. Se ha optado por este cuestionario por ser una evaluación específica del ámbito de la salud mental y estar validada en español. Aporta dos medidas: oportunidad de independencia y nivel de desempeño real. Está compuesta de veintiséis ítems agrupados en cuatro categorías (autocuidado: diez ítems, habilidades domésticas: siete ítems, habilidades comunitarias: cuatro ítems y actividad y relaciones sociales: cinco ítems). La puntuación para el grado de oportunidad oscila entre 0 y 2 y entre 0 y 4 para el nivel de realización, pudiendo obtener un máximo de 52 y 104 puntos respectivamente. La versión española no cuenta con unos parámetros de puntuación validados; no obstante, los resultados obtenidos permiten estimar que a las puntuaciones más elevadas se corresponden los mayores grados de oportunidad y niveles de desempeño. Para responder a las preguntas que se plantean se ha de seleccionar un informante que conozca bien a la persona en cuestión.

Desde terapia ocupacional es apropiado analizar las discordancias que se manifiestan entre la oportunidad y el desempeño real para identificar qué actividades son susceptibles de mejora cuando la oportunidad de realización es favorable o para detectar si las actividades están deterioradas por falta de oportunidad. En ocasiones, sucede que la diferencia entre grado de oportunidad y nivel de desempeño real se debe más a la falta de motivación o interés del paciente, que a las dificultades relacionadas con problemas físicos o deterioro cognitivo. Las categorías de actividades recogen una representación significativa de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) reflejadas como autocuidado, de actividades instrumentales de la vida diaria que relacionadas con las habilidades domésticas y las comunitarias, así como un pequeño apunte sobre habilidades sociales, participación, intereses y rutinas ligadas a actividad y relaciones sociales. En este caso, las respuestas del cuestionario provienen de distintas fuentes fiables (terapeuta ocupacional, educadores sociales, monitores y hoja personal de AVD del dormitorio de MM).

El instrumento Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción Social (del inglés, *Assessment of Communication and Interaction Skills*) (ACIS) (Forsyth, 1998) (ver anexo 4) del MOHO evalúa las habilidades de comunicación e interacción

mediante la observación en una ocupación. Se definen como habilidades de comunicación e interacción aquellos procesos dirigidos a otros en los que existen intereses comunes. Se trata de un instrumento apropiado para personas que demuestran dificultades en esta área. Este tipo de habilidades son fundamentales en múltiples ocupaciones del día a día y deben ser cultivadas y reparadas, cuando sea necesario, porque el ser humano se constituye como un ser social que necesita efectuar una comunicación eficaz, unas veces para lograr sus fines y otras simplemente por puro placer. La cultura define la forma comunicativa y el ambiente puede influir en las habilidades para ello, favoreciéndolas o perjudicándolas, por lo que son factores que se han de considerar durante la valoración. Por este motivo, la actividad que se observa debe ser apropiada en términos de tiempo y circunstancias, es decir, ha de reunir suficiente equilibrio entre la motivación de la persona y los requerimientos de sus roles vitales. Se ha de acordar con la persona usuaria la actividad que va a ser evaluada y en esta la terapeuta ocupacional puede actuar como líder-participante o como observador. El ACIS se estructura veintidós ítems, divididos en tres dominios: físico o corporalidad (seis ítems) relativo al manejo del cuerpo en las interacciones, intercambio de información (diez ítems) referente a la transmisión de ideas y pensamientos a través del lenguaje y relación (cinco ítems) relacionado con la expresión del tono emocional. Cada ítem se puntúa de 1 a 4, siendo 1 déficit, 2 infectivo, 3 cuestionable y 4 competente. La puntuación máxima es de 84 y se pueden adjuntar comentarios a cada ítem que describan lo observado.

Los resultados logrados por MM advierten que las habilidades de comunicación sufren un daño, puesto que las puntuaciones en los tres dominios se aproximan a la mitad del máximo posible. Se ponen de manifiesto diversas carencias en habilidades sociales que en el dominio físico se acentúan en lo relativo al apoyo gestual a la comunicación; en el dominio de intercambio de información destacan la ausencia de preguntas coherentes con la conversación, de iniciativa en conversaciones fuera del discurso habitual y de intercambio de experiencias con los otros; por último, en el dominio de relaciones se marca la conducta individualista de MM.

Se considera la posibilidad de evaluar a MM con el VQ y con una modificación del Listado de Intereses adaptado. El VQ (de las Heras et al., 1998) examina la motivación de personas que presentan limitaciones en habilidades cognitivas, verbales y/o físicas mediante la observación, aportando una perspectiva sobre razones internas de la persona y sobre promoción o inhibición del ambiente. Los datos recopilados sirven a la terapeuta

ocupacional para guiar la planificación y la puesta en marcha de intervenciones terapéuticas, para fijar objetivos que maximicen la volición y para detectar cambios en la motivación. Sitúa a la persona en una de las etapas del continuo de cambio, es decir, exploración, competencia y logro. Este instrumento se descarta porque previamente se comprueba que la volición de MM es básica, cercana al nivel de exploración. Por otro lado, el Listado de Intereses adaptado (Kielhofner & Neville, 1983) es un cuestionario autoadministrable que recoge una variedad de actividades y las relaciona con el interés que suscitan en pasado, presente y futuro con la intención de conocer los patrones de intereses de la persona. En este caso, se adapta el listado para disponer de una versión más breve, aunque se descarta porque no se espera obtener respuestas que concreten los intereses de MM más allá de lo que esta ha expresado hasta el momento.

También se administra el Test del Trazo (del inglés, *Trail Making Test*) (TMT) (Bowie & Harvey, 2006) (ver anexo 5), un popular instrumento de evaluación neuropsicológica. La prueba consta de dos partes, A y B. La parte A consiste en conectar dibujando una línea sin levantar el lápiz del papel una serie de veinticinco casillas en orden numérico (de 1 a 25) y valora capacidades como búsqueda visual y velocidad de las habilidades motoras. Complementariamente, la parte B consiste en unir de igual forma 25 casillas que contienen números y letras en orden alfanumérico (1-A, 2-B, 3-C, etc.) y valora habilidades cognitivas de mayor nivel como flexibilidad mental, capacidad de cambio de dominio, discriminación y evitación de interferencias visuales y, sobre todo, relaciona las funciones ejecutivas con el dominio motor. Previamente a la ejecución del test se permite a la persona usuaria practicar en una hoja de muestra que contiene números del 1 al 8 para la parte A y números y letras del 1 al 4 y de la A a la D para la parte B, de manera que se facilite la comprensión de las tareas. Se cronometra el tiempo que emplea la persona en completar cada una de las tareas y se consideran diversos problemas que pueden tener lugar durante la ejecución, como levantar el lápiz del papel, conectar con una casilla sin seguir la secuencia, saltarse una casilla o solicitar feedback al profesional y se proponen soluciones. Este instrumento, a pesar de la complejidad que entraña, se estima de interés para la valoración de M.M. puesto que aporta una idea del estado de la atención sostenida y de las funciones ejecutivas.

Tras explicar a MM las pautas de la prueba se solicita su desempeño. Esta únicamente completa la hoja de muestra de la parte A con bastantes dudas y dificultad

además de con equivocaciones en la secuencia y saltos de números, empleando 180 segundos para finalizar.

2.4. Análisis descriptivo de la disfunción por áreas de funcionamiento (resultados de la evaluación)

La observación no estructurada de MM permite visualizar ciertas limitaciones en su comunicación e interacción con otras personas usuarias, que se detallan más adelante con la explicación del ACIS, e informa de que las destrezas motoras y praxis están afectadas e impiden su total funcionalidad. También, se aprecia alteración en los patrones de desempeño, como ausencia de rutinas, presencia de hábitos poco saludables y empobrecimiento de roles.

La entrevista no resulta demasiado reveladora en cuanto a recopilación de información y experiencias personales, pero sí en cuanto a que corrobora la poca fluidez comunicativa y el bajo nivel de atención y de motivación para las relaciones interpersonales.

Los resultados de PANSS son interpretados por el psicólogo del equipo, quien también realiza la entrevista. La puntuación de PANSS-P es 17, la de PANSS-N es 41 y la de PANSS-GP es 59. Destacan los valores de la escala PANSS-N, lo que determina la severidad de los síntomas negativos de MM. La dificultad de pensamiento abstracto aparece como el síntoma más limitante (con una puntuación de 7) ya que configura un lenguaje literal que le aleja de la interacción social, de la comprensión de la realidad y de la elaboración de juicios y/o procedimientos para guiar su diario vivir. También el embotamiento afectivo, el retraimiento, la ausencia de fluidez en la conversación y el pensamiento estereotipado aparecen como síntomas severos y destacables en el funcionamiento de MM. Estos factores señalan la necesidad de fomentar las relaciones sociales, favorecer el disfrute de actividades significativas e identificar los sentimientos propios en contexto de actividad grupal.

Los resultados del cuestionario BELS ofrecen una idea acerca del grado de oportunidad para la realización de AVD, el cual resulta bastante limitado de manera general. Destacan unas mayores puntuaciones en la categoría de autocuidado (10/20) y en actividad y relaciones sociales (6/10), lo que lleva a identificar las áreas de ABVD y

participación, rutinas, intereses y habilidades sociales como focos de tratamiento con porque MM cuenta con espacio y posibilidad para actuar. En cuanto al nivel de desempeño, las puntuaciones apuntan que las habilidades domésticas y comunitarias se encuentran bastante deterioradas evidenciando el pobre desempeño en AIVD que tiene relación directa con el deterioro cognitivo secundario al diagnóstico; así como se observan puntuaciones potencialmente mejorables en autocuidado (17/40) y en actividad relaciones sociales (7/20) si se trabajan los componentes adecuados. Por lo tanto, teniendo en cuenta el grado de oportunidad y las posibilidades realistas de mejora, se concluye que las ABVD junto con la participación, rutinas, intereses y habilidades sociales son propuestas de intervención para este caso.

El análisis de las puntuaciones del ACIS revela en qué aspectos del espectro de las habilidades interacción se ha de incidir al diseñar el tratamiento de terapia ocupacional. En términos generales, estos aspectos son las intervenciones disruptivas (bien exceso de preguntas, bien comentarios sobre asuntos ajenos) en situaciones grupales mediante el respeto de turnos y el mantenimiento del silencio, la desconexión de la conversación mediante entrenamiento de la atención y la perseveración en sus propios temas junto con la falta de interés por los otros participantes mediante el sentimiento de pertenencia al grupo y finalmente la pobre comunicación verbal (aunque medianamente efectiva) y no verbal.

El desempeño de MM en el TMT muestra el deterioro de sus capacidades cognitivas. Se observa que sus movimientos son lentos y que la pinza tridigital dinámica para la sujeción del lápiz es débil y tiende a estática, así como que la búsqueda visual es efectuada sin orden, sin seguir el patrón habitual de rastreo asociado a la lectura (izquierda-derecha-arriba-abajo), lo que justifica la disfunción en la tarea. En cuanto a las funciones ejecutivas, la actividad demanda por parte de MM un nivel de planificación y secuenciación que no alcanza puesto que no organiza su acción de acuerdo con las pautas dadas; así como capacidad de resolución de problemas de manera individual cuando no sabe cómo continuar con la secuencia numérica o une de manera incorrecta y se le reconduce para hacerlo correctamente. Por consiguiente, se afirma que hay un daño en la atención sostenida que repercute en la imposibilidad para llevar a cabo un desempeño adecuado en la tarea.

Gracias a la información obtenida a través de los distintos instrumentos de evaluación se procede a identificar la disfunción ocupacional tomando como referencia

el Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional (American Occupational Therapy Association, 2008) y sus categorías (ver anexo 6). Esta clasificación aporta una visión general del estado de MM en sus áreas de ocupación, destrezas y patrones de ejecución, factores de la persona y contextos.

A continuación, se presenta en una tabla el análisis funcional de MM. En dicha tabla se analizan, identifican y explican las dificultades derivadas de su psicopatología que se han observado en la evaluación. El objetivo del análisis es diseñar una intervención lo más ajustada posible a sus características para lograr la mejora psicosocial deseada.

Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Áreas problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de mantenimiento	Factores de protección
Escasa motivación para la consecución de logros	Abandono escolar Falta de otras actividades significativas en su infancia Falta de objetivos y metas personales	Volición	Pasar el día deambulando por la MR y sus inmediaciones, sin desempeñar ninguna actividad	Justificación personal y del entorno familiar Oportunidades reducidas para participar en otros contextos	Aplanamiento afectivo Apatía Abulia	Falta de motivación externa (familia) para asumir compromisos con su proceso	Ingreso en la MR Propuesta de actividades con motivación externa
Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Áreas problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de mantenimiento	Factores de protección
Familia con escasa interacción entre sus miembros	Paso de la infancia a la adolescencia relacionándose exclusivamente con su familia	Comunicación	No poder transmitir qué piensa o cómo se siente en su día a día (poca expresividad, tono bajo y	Ausencia de la necesidad de comunicarse y expresarse Entorno familiar que no exige ni favorece la comunicación	Estilo de comunicación pasivo y actualmente casi inhibido Ansiedad cuando las necesidades no son	Falta de estimulación de las habilidades de comunicación en el contexto de la rehabilitación psicosocial	Ingreso en la MR Buena conexión/vinculación con personas que la tranquilizan

			lenguaje limitado) Expresar sus necesidades de forma reiterativa y desajustada al contexto		satisfechas inmediatamente Falta de autocontrol		
Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Áreas problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de mantenimiento	Factores de protección
Escasas habilidades sociales	Abandono escolar Ausencia de amistades durante la infancia y adolescencia	Relaciones sociales	Utilizar las relaciones personales para conseguir sus intereses	Conformidad con la soledad Ausencia de empatía en la relación social	Ausencia de roles sociales (exclusivamente el de persona enferma) Interacciones basadas en el consumo de coca-cola y tabaco	Aislamiento en el domicilio familiar Desinterés por participar en otros contextos sociales	Ingreso en la MR Asignación de tareas comunitarias en compañía de otras personas usuarias de la MR
Factores de predisposición	Factores desencadenantes	Áreas problema	Conducta problema	Refuerzos	Efectos	Factores de mantenimiento	Factores de protección

<p>Hermana pequeña en contexto de familia numerosa (sexta de siete hermanos)</p>	<p>Ausencia de ocupaciones y rutinas diarias</p> <p>Desatención de sus necesidades personales</p> <p>Limitaciones físicas y cognitivas que dificultan el desempeño</p>	<p>Autonomía</p>	<p>Abandonar los autocuidados</p> <p>No realizar AVD ni manejo de la enfermedad (toma de medicación, asistencia a citas)</p> <p>Delegar sus ocupaciones de mantenimiento del espacio personal en terceras personas</p>	<p>Despreocupación</p> <p>Falta de reconducción</p> <p>Dependencia de la familia</p>	<p>Baja autoeficacia percibida</p> <p>Ausencia de roles productivos</p> <p>Evitación de las responsabilidades</p>	<p>Ausencia de obligaciones que cumplir</p> <p>Incapacidad para la planificación de un cambio</p>	<p>Ingreso en la MR</p> <p>Hermana P que actúa como tutora legal</p>
--	--	------------------	--	--	---	---	--

CAPÍTULO 3. Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

3.1. Objetivos del PIR

- Objetivo transversal:
 - Generar vínculo terapéutico.
- Objetivos generales (largo plazo):
 - Aumentar la participación autónoma en actividades de interés.
 - Adquirir la rutina de asistir a los grupos de terapia ocupacional.
 - Aumentar la participación social.
- Objetivos específicos (medio plazo):
 - Reconocer los pensamientos y sentimientos por participar en actividades relacionadas con el maquillaje (subsistema volición).
 - Decidir deliberadamente entre distintas propuestas la de mayor interés (subsistema volición).
 - Encuadrar las actividades de terapia ocupacional en el momento del día que corresponde (subsistema habituación).
- Objetivos operativos (corto plazo):
 - Experimentar nuevos intereses (subsistema volición).
 - Asistir diariamente y permanecer adecuada en los grupos de terapia ocupacional (subsistema habituación).
 - Lograr habilidades de comunicación que permitan interaccionar en conversaciones de grupo con otras personas usuarias (subsistema capacidad de desempeño).
 - Mejorar rango articular, tono muscular y resistencia (subsistema capacidad de desempeño).
 - Mantener atención sostenida (subsistema capacidad de desempeño).

3.2. Acciones del PIR

El plan de tratamiento se lleva a cabo durante los meses de marzo a junio e incluye no solo intervención orientada a despertar la motivación de MM, sino también a mejorar destrezas físicas y cognitivas que pueden estar interfiriendo en la progresión del continuo volicional para sus actividades de interés.

En este tiempo, el plan de intervención se desarrolla mediante la participación de MM en actividades grupales. Se pauta que de lunes a jueves MM asista al grupo de estimulación corporal que tiene lugar de 10:15 a 11:00, después al grupo de estimulación cognitiva, de 11:30 a 12:20 y de 12:30 a 13:15 acude a un último grupo en el que se desempeñan otras actividades de diversa índole, algunas de ellas orientadas a personas con un desempeño cognitivo y funcional más alto. El viernes MM acude a estimulación corporal y posteriormente realiza la salida de integración comunitaria con otras personas usuarias.

Los detalles sobre la organización semanal de actividades pueden ser consultados en el anexo 7. Las distintas actividades y su progresión se detallan en el apartado de intervención en lo respectivo al vínculo.

- **Estimulación corporal.** Se disponen las sillas formando un círculo una sala diáfana y se reproduce música relajante. Se saluda a los participantes y se comenta alguna de las inquietudes que traigan. Una vez se ha hablado, se da paso al silencio. Los participantes guiados por la terapeuta ocupacional van realizando respiraciones y movilizaciones de las articulaciones en orden cefalocaudal y en todos sus ejes de movimiento. El objetivo es lograr activación la física para el desempeño del resto de las tareas del día.
- **Estimulación cognitiva.** Se disponen las sillas alrededor de las mesas y cada participante ocupa un espacio donde trabaja con su cuaderno en tareas de categorización y redacción para después compartirlas con el resto. También se llevan a cabo otras actividades como las siguientes.
 - **Reminiscencia.** Se trabaja el rescate de recuerdos mediante la visualización de imágenes.
 - **Arteterapia.** Se emplea el dibujo para relajar y focalizar la atención en la tarea.
 - **Lectura de noticias en prensa.** Cada participante ojea el periódico y comparte una noticia de su interés para comentarla con los demás con el fin de conectar con la actualidad.
 - **Taller de AVD.** Se trabajan conocimientos y prácticas relacionadas con el vestido, la alimentación y el descanso.
- **Otras actividades.**

- **Taller de AIVD.** Un pequeño grupo constituido por aquellos que realizan menos salidas independientes de la MR pasean por el entorno, realizan compras y utilizan los medios de transporte con los profesionales del equipo.
- **Asamblea.** Los participantes disponen de este espacio para compartir entre ellos inquietudes relacionadas con la convivencia en el recurso; además de ser escuchados por los profesionales. Al acabar se recogen en un acta los temas tratados y se tienen en consideración de cara al futuro.
- **Poesía, literatura y emociones.** A través de textos (fábulas, poemas y relatos) se intenta contrastar con las vivencias personales de cada participante y rescatar las emociones experimentadas.
- **Taller de manicura.** Se concibe como un taller de AVD práctico en el que se trabaja el cuidado de las manos, habitualmente deterioradas por el consumo de tabaco, y por parejas se realiza el cuidado de la piel y las uñas.
- **Salida de integración comunitaria.** Esta salida al final de la semana está pensada para aquellas personas que hayan participado asiduamente en las actividades grupales. Es habitual desayunar en pequeños grupos una cafetería cercana con el fin de realizar una actividad normalizada fuera del entorno clínico.

El vínculo terapéutico es un contenido esencial del PIR puesto que constituye el objetivo transversal de la intervención y se convierte en un medio para alcanzar el resto de los objetivos propuestos. Así, el vínculo debe estar integrado en todas las actividades grupales que se han descrito anteriormente.

Para generar dicho vínculo se realiza un acercamiento progresivo a MM siguiendo las pautas explicadas en el documento Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos (de las Heras et al., 2003). De acuerdo con su situación clínica y ocupacional MM se encontraría en la primera etapa, la etapa de validación del módulo exploratorio en el continuo volicional. Para esta etapa se describen una serie de estrategias que el terapeuta debe implementar en el proceso.

Las cuatro estrategias que se presentan son: saludo significativo, introducción de elementos significativos en el espacio personal, participación en actividades interesantes para la persona en su proximidad y generación de interacción. Dichas estrategias son las

que facilitan el enganche y la motivación de MM para mantenerse participando en las actividades y se describen con ejemplos en el apartado de intervención.

El contexto grupal de las actividades y las características de MM propician una metodología de intervención en este mismo contexto, aunque dentro de él se presta atención individualizada. Se considera esta forma como la más adecuada para el caso porque no se pauta un entrenamiento en habilidades o funciones específico, sino que mediante el vínculo y la presencia en un grupo continuo y cohesionado se promocionan aquellas que se requieren para lograr los objetivos.

CAPÍTULO 4. Puesta en marcha del PIR

4.1. Desarrollo de la intervención

La evolución del proceso de MM se explica a continuación según las distintas actividades grupales en las que participa porque la progresión que experimenta a lo largo de los meses es mínima y muy variable en función de su estado de ánimo y de cómo se encuentra cada día. Estas intervenciones del plan de rehabilitación son llevadas a cabo por la terapeuta ocupacional. En este punto se trata en primer lugar la evolución del vínculo por ser el factor común presente en el resto de las actividades y posteriormente se analiza el progreso en los grupos en los que ha participado.

- **Vínculo terapéutico.**

Como ya se ha explicado previamente, MM se encuentra en la etapa de validación dentro del módulo exploratorio en lo que se conoce como proceso de remotivación.

La primera estrategia que se emplea es el saludo significativo con el que día a día se da un reconocimiento distinguido a MM en aspectos como recordarle lo guapa que está, expresar sorpresa y alegría al verla y charlar con ella antes de comenzar las actividades. El objetivo de estas acciones es demostrar la importancia de MM para la terapeuta ocupacional.

La segunda estrategia es la introducción de elementos significativos en el espacio personal y se desarrolla con actos sencillos como llevar una pulsera y mostrarla por ser un objeto que encaja con los intereses de arreglo y autocuidado de MM.

La tercera estrategia es la participación en actividades de interés para lo cual se muestra cercanía y se comparte mesa en la salida de integración comunitaria (desayuno) y se toma asiento junto a ella en el taller de manicura.

La cuarta estrategia es la generación de interacción en la que poco a poco se intenta involucrar a MM en más actividades de estimulación cognitiva o en las otras actividades de la MR. Durante estas actividades se realiza algún comentario sobre ella o se le pregunta de manera más directa su opinión, pero siempre sin forzar su respuesta.

Todas las estrategias presentadas se van aplicando progresivamente y conviven en el tiempo que dura esta fase del proceso, es decir, toda la intervención. En este caso, las

estrategias se emplean para fomentar el enganche de MM a las actividades y en último lugar, el establecimiento de rutinas.

- **Estimulación corporal.**

Todos los días antes de iniciar esta actividad, se sale en busca de MM por el recurso y se le orienta temporalmente preguntándole sobre el día y la hora que es. Una vez conocida esta información se le explica que el grupo comenzará pronto y se le pide que acuda. Algunas veces acude directamente al grupo y está allí puntual; mientras que otras veces no. Cuando esto ocurre se sale de nuevo en su busca para que participe, aunque llegue tarde. De esta forma se genera un encuadre del día que le proporciona estabilidad al iniciar la jornada y facilita la adhesión a la actividad. Se observa que el asistir puntual o impuntual o el no asistir no responde a un criterio fijo; se desconoce la causa.

Es habitual que MM interrumpa la dinámica del grupo en repetidas ocasiones, bien sea trayendo temas recurrentes (visitas de familiares, peluquería, manicura o coca-cola) o saliendo para ir al servicio. Por este motivo, antes de comenzar se pacta con ella tras incidir en las normas del grupo. El pacto sirve para explicarle que debe mantener el silencio y que cuando la actividad termine podrá contar a la terapeuta ocupacional aquello que le preocupa. Se observa que el trato funciona mejor y MM está más adecuada y participativa en el grupo cuando este se sella con una sacudida de manos.

En caso de que durante el grupo MM interrumpa se intenta reconducir con la mirada o recordándole que después podrá salir o hablar. Cuando esto no funciona se le pide enérgicamente que pare de hablar para poder permanecer en la sala.

Se nota un mejor funcionamiento cuando MM se sienta próxima a la terapeuta ocupacional porque habla en voz baja, se desconcentra menos y es más fácil reconducir.

- **Estimulación cognitiva.**

Al igual que para la estimulación corporal, se sale en busca de MM para que asista a la actividad y su asistencia o falta no depende de ningún criterio conocido. Así, se establece un encuadre para instaurar las rutinas diarias. En ocasiones se ausenta porque un compañero viene a buscarla, porque quiere ir a la peluquería, a fumar o salir a comprar coca-cola.

MM comienza participando como una más dentro del grupo, pero se percibe la necesidad de trabajar de una manera más guiada con la terapeuta ocupacional debido a las pérdidas de atención sobre la actividad. Para ello, se comienza trabajando en una mesa aparte de forma individual consiguiendo que se concentre, cese las interrupciones y despierte interés por la actividad. En una ocasión, MM manifiesta querer continuar trabajando y encontrarse a gusto.

Más adelante, se incorpora a MM a la mesa del grupo, aunque no participa de la dinámica grupal puesto que se considera favorable que continúe recibiendo atención y refuerzo individualizado sobre la actividad que se realiza. En ocasiones inicia interacción con algunos participantes sobre sus temas recurrentes en vez de los grupales.

Paulatinamente, se observa en MM una mejor tolerancia al funcionamiento grupal, actitud calmada cuando conecta con la tarea y especial disfrute de la arteterapia. Muestra interés en el taller de AVD, sobre todo al trabajar el contenido de cocina (en concreto, en una sesión en la que se aborda la elaboración de una tortilla de patatas) y desiste rápido en la lectura de noticias.

- **Otras actividades.**

MM no participa frecuentemente en estas actividades en parte debido a que coinciden con la hora a la que vuelve de comprar coca-cola o espera a que el compañero que se la ha comprado se la entregue.

Participa una vez en el grupo de Poesía, literatura y emociones, donde se lee y comenta una fábula. MM parece no estar interesada en la historia y no conecta con las experiencias y opiniones que los demás comparten e interrumpe en diversas ocasiones para salir al servicio.

Por el contrario, MM acude puntual cada jueves al taller de manicura. Ella misma reconoce, y es corroborado por los profesionales, que esta actividad le motiva y le interesa. A pesar de que la actividad se plantea como un trabajo por parejas con una compañera, ella demanda la actuación de la terapeuta ocupacional y exige cierta rapidez. No pinta las uñas a otras compañeras porque carece de la destreza manipulativa fina que requiere la actividad.

Se valora positivamente la intensidad con la que espera el taller de manicura a lo largo de la semana y las consecuencias más directas de esto como son la llegada puntual,

la participación y la ausencia de interrupciones. MM demuestra cómo la actividad significativa es motor para el desempeño.

- **Salida de integración comunitaria.**

En todas las salidas se intenta acompañar y hablar con MM en el camino hasta la cafetería, pero por necesidades se ha de acompañar y ayudar a otras personas usuarias que requieren apoyo físico. También se acompaña sentándose en la misma mesa donde se continúa afianzando el vínculo al compartir temas de conversación e intercambiar impresiones sobre el desayuno.

En los primeros desayunos, MM demuestra dificultades para pequeños gestos de manipulación fina como abrir el envase de la mermelada y extenderla. Cuando esto sucede, la respuesta habitual es frustración y nerviosismo. Se le da apoyo verbal e instrucciones para que consiga resolverlas y en caso de no poder se le facilita ayuda.

Según avanzan las semanas, MM se muestra más ansiosa respecto a la salida anticipándola durante toda la semana y reiterándose ante la decisión de qué tomará ese día. No se consigue controlar esta conducta.

Se observa que esta actividad es muy motivadora para MM, tanto que logra organizarse para estar puntual a la hora de salida y que solo se la pierde en una ocasión por encontrarse en el baño. Una vez más, la actividad significativa tiene capacidad para reactivar el desempeño funcional, en este caso, en lo relacionado con las rutinas.

4.2. Evaluación y discusión de resultados de la intervención

Durante el proceso de intervención no se aprecian cambios significativos en los subsistemas de volición, habituación y capacidad de desempeño, por lo que se considera inoportuna una revaloración de MM. En términos generales, las destrezas de MM no experimentan una mejora que suponga un mejor funcionamiento en la MR ni un desempeño más autónomo en lo que a estructuración se refiere.

Respecto al **objetivo transversal**, se aprecia un mínimo vínculo entre MM y la terapeuta ocupacional, notable en la confianza con la que pregunta y la naturalidad con la que intercambia gestos, así como el hecho puntual de compartir una pequeña confidencia de una situación ocurrida en una salida.

A nivel de los **objetivos operativos**, se consigue que MM experimente nuevas ocupaciones como la pintura o el trabajo de tipo cognitivo y que manifieste el gusto por su desempeño.

La asistencia diaria y la adecuación son todavía elementos para los que deben crearse nuevas estrategias puesto que MM es inconstante y precisa que alguien acuda en su busca; sin embargo, es satisfactorio el compromiso personal que demuestra con actividades motivacionales como el taller de manicura.

En lo que se refiere a funciones corporales (rango, tono y resistencia) no se aprecian mejoras significativas porque MM permanece pasiva en la estimulación corporal. La atención sostenida parece tener una mayor duración cuando se trata de actividades de interés, pero si MM demuestra angustia o preocupación por otros temas la atención disminuye.

Respecto a las habilidades de comunicación se observa que algunas veces MM modifica su pauta de interacción y se refiere a otras personas usuarias con asombro sobre alguno de los temas que estos comentan, pero la comunicación sigue sin ser fluida.

A nivel de **objetivos específicos** se comprueba a través del diálogo que MM experimenta bienestar y satisfacción cuando participa en el taller de uñas o tiene cita en peluquería, pero se desconoce si existe una conciencia real de este bienestar. También, MM logra hacer pequeñas elecciones en la arteterapia como por ejemplo decidir qué dibujo prefiere o entre varios colores, sin embargo, solo exhibe preferencia cuando se le consulta directamente.

Sobre el encuadre de las actividades grupales se observa que MM continúa desorientada en la esfera temporal y que debido a esto la ausencia o impuntualidad a los grupos persisten.

A nivel de **objetivos generales** se corrobora que MM ha aumentado la participación en actividades de su interés, aunque no de manera autónoma puesto que requiere de la presencia próxima de la terapeuta ocupacional para mantenerse. Asimismo, la rutina diaria de asistencia no se ha fijado por las razones mencionadas sobre desorientación en la esfera temporal. En cuanto al aumento de la participación social no se aprecian cambios dignos de mención.

Como conclusión de la evaluación del proceso se afirma que el logro de objetivos no ha sido el deseado, si bien MM se ha superado en algunos aspectos como el establecimiento y la constancia del vínculo y en la manifestación de sus intereses volicionales.

A lo largo del proceso se han observado distintas limitaciones que han afectado a la continuidad de la intervención. Se considera que las principales limitaciones son temporales, siendo la más importante una finalización abrupta del contrato laboral de la terapeuta ocupacional en la MR. Esto ha acortado la duración prevista de la intervención. Consecuentemente, no se ha podido realizar una evaluación post-intervención como final del proceso. Se solicitó al resto de profesionales del equipo realizar esta evaluación, pero lo rechazaron debido a su carga de trabajo. Asimismo, no se ha podido encontrar evidencia empírica del uso del MOHO aplicado a un proceso de remotivación que respalde la intervención descrita.

Además de mantener lo ya conseguido y continuar trabajando en esta línea de acción, se recomienda para futuras intervenciones evaluar en profundidad las ABVD y planificar un entrenamiento de las funciones motoras y cognitivas para un mejor desempeño en tareas como la higiene personal, la alimentación o hacer la cama, para impulsarle hacia un rol más activo propio de una persona de su edad, alejado del rol de persona enferma y psiquiatrizada.

CAPÍTULO 5. Conclusiones

Este Trabajo de Final de Máster se ha orientado a la rehabilitación de una persona con TMG, sobre la que incide forma severa un déficit volicional que frena el desempeño autónomo de actividades y la participación social.

El déficit volicional se contempla como un elemento de interferencia para MM en el desarrollo de un proyecto vital significativo por parte desde su adolescencia. Por esta razón, el disfrute de actividades significativas en las áreas de autocuidado, productividad y ocio, la asunción de roles valiosos para sus contextos y el desarrollo personal por medio de las relaciones sociales ha sido un bien inalcanzable para ella.

Tras años de aislamiento y restricciones en la participación, el ingreso de MM en la MR constituye una oportunidad para eliminar hábitos de funcionamiento pasados y consolidar nuevos, así como para reparar las bases de la relación de esta con sus hermanos, que está deteriorada por la exigencia de los cuidados, y conseguir un apoyo sólido desde esta nueva perspectiva familiar.

La intervención ha sido asumida en gran medida por la terapeuta ocupacional debido a la peculiaridad del caso. La falta de habilidades de comunicación e interacción social favorecían la puesta en marcha de un plan basado en el desempeño de actividades antes que una intervención psicoterapéutica por su complejidad y los requisitos cognitivos que implica.

El contexto de la MR ha proporcionado un encuadre facilitador para la participación autónoma en actividades de interés, la adquisición de rutinas y la participación social, un encuadre que encajaba con los objetivos del PIR en los tres subsistemas que define el MOHO (volición, habituación y capacidad de desempeño).

Otro elemento clave del contexto residencial para MM es la presencia de los vínculos. La dedicación de una terapeuta ocupacional con tanta intensidad en lo que se refiere a la frecuencia de la relación terapéutica y el contacto grupal con otras personas usuarias del recurso han enriquecido notablemente la experiencia relacional de MM y que de otra forma no habría sido posible.

Como resultado de la intervención no se observaron cambios significativos en MM y tampoco se alcanzaron los objetivos del PIR por las evidentes limitaciones temporales. No obstante, se corrobora que aumenta la participación en actividades de

interés, aunque no de manera autónoma, y que la rutina diaria no ha sido consolidada por la desorientación en la esfera temporal que conlleva ausencias e impuntualidad. Tras el proceso, es satisfactorio la consecución del vínculo y la manifestación de mínimos intereses volicionales.

La intervención finalizó por motivo de cambio de trabajo de la terapeuta ocupacional. De no haberse producido esta circunstancia, era altamente recomendable seguir trabajando con MM en los mismos objetivos y, en especial, en la constancia del vínculo. De igual modo, era aconsejable proponer nuevos objetivos orientados a dotar de funcionalidad en las AVD y desempeñar roles alternativos.

En base a la concepción ocupacional de la salud de la terapeuta ocupacional Ann Wilcock (Schliebener Tobar, 2015), la ocupación entendida como “*todas las cosas que las personas hacen, la relación entre lo que hacen y quienes son como seres humanos y el hecho de que a través de la ocupación se encuentran en un estado constante de llegar a ser diferentes*”, tiene la capacidad de sanar y ayudar a crecer a la persona.

La ocupación garantiza una vida saludable por medio del equilibrio entre ser y hacer, un equilibrio que alberga el potencial de llegar a ser, proyecto de futuro, en su estado óptimo. Nada resulta más deseable para una persona con TMG como MM que hacer realidad este planteamiento.

Referencias bibliográficas

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy practice framework: Domain and Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). APA.
- Bowie, C., & Harvey, P. (2006). Administration and interpretation of Trail Making Test. *Nature Protocols*, 1(5), 2277-2281. <https://doi.org/10.1038/nprot.2006.390>
- de las Heras, C. G. (2004a). Subsistema Capacidad de Desempeño. En *Manual de teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana*.
- de las Heras, C. G. (2004b). Subsistema Habitación. En *Manual de Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana*.
- de las Heras, C. G. (2004c). Subsistema Volición. En *Manual de Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana*.
- de las Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G., & Li, Y. (1998). *Manual del usuario del Cuestionario Volicional (VQ)*.
- de las Heras, C. G., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2003). *Proceso de remotivación: Intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos*.
- Forsyth, K. (1998). *Manual del Usuario de la Evaluación de las Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS)*.
- Kielhofner, G. (2011). *Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación* (4ª). Editorial Médica Panamericana.
- Kielhofner, G., & Neville, A. (1983). *Manual del Usuario del Listado de Intereses adaptado*.

- OMS. (2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Peralta Martín, V., & Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas Luso-Espanolas De Neurologia, Psiquiatria Y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177.
- Sanz Valer, P., & Bellido Mainar, J. R. (2012). Protocolo del proceso de evaluación ocupacional para hospitales de día de adultos de psiquiatría. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 9(15).
- Schliebener Tobar, M. (2015). Los supuestos que subyacen a las principales teorías de Ann Wilcock y la necesidad de la pregunta ontológica por la ocupación humana. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 12(21), 3-22.
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Habilidades Básicas de la Vida Diaria. Anexo 3.2. De la publicación «Desarrollo de programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco»*.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

Anexos

Anexo 1. Entrevista

Temas de la entrevista	Preguntas
Organización personal del día a día en el recurso	¿Qué haces cuando te levantas? ¿Y después del desayuno? ¿Qué haces durante la tarde? ¿Cuándo te vas a dormir?
AVD	¿Qué tal te peinas/duchas/vistes/arreglas? ¿Tienes dificultades para manejar los cubiertos en la comida? ¿Duermes bien?
Intereses	¿Qué actividades te gusta hacer? ¿Te gusta además cantar o bailar? ¿Te gusta pasear? ¿Disfrutas de las salidas? ¿Qué asuntos te preocupan? ¿Qué más te gustaría hacer?
Infancia	¿Tenías amigos? ¿Qué tal lo pasabas con ellos? ¿Conservas alguno de esos amigos en la actualidad?
Formación	¿Qué tal te iba en el colegio? ¿Cómo era tu relación con tus compañeros? ¿Estudiaste algo más al acabar el colegio?
Familia	¿Cómo es la relación con tu familia? ¿Te gusta ver a tu familia a menudo? ¿Notas que te quieren y se preocupan por ti? ¿Qué es lo que más te gusta hacer con tu familia?

Anexo 2. PANSS

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)							
	A	D	L	M	MS	S	E
PANSS-P							
1. Delirios	1						
2. Desorganización					5		
3. Comportamiento alucinatorio	1						
4. Excitación					5		
5. Grandiosidad	1						
6. Susplicacia/perjuicio		2					
7. Hostilidad		2					
PANSS-N							
1. Embotamiento afectivo						6	
2. Retraimiento afectivo						6	
3. Contacto pobre					5		
4. Retraimiento social					5		
5. Dificultad en el pensamiento abstracto							7
6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación						6	
7. Pensamiento estereotipado						6	
PANSS-GP							
1. Preocupaciones somáticas			3				
2. Ansiedad					5		
3. Sentimientos de culpa	1						
4. Tensión motora				4			
5. Manierismos y posturas					5		
6. Depresión			3				
7. Retardo motor					5		
8. Falta de colaboración				4			
9. Inusuales contenidos del pensamiento	1						
10. Desorientación					5		
11. Atención deficiente					5		
12. Ausencia de juicio e introspección	1						

13. Trastornos de la volición						6	
14. Control deficiente de impulsos			3				
15. Preocupación					5		
16. Evitación social activa			3				

Escala	Puntuación	Percentil
PANSS-P	17	15
PANSS-N	41	90
PANSS-C	-24	5
PANSS-PG	59	90-95

Número de síntomas del PANSS-P con puntuación mayor o igual a 4	2
Número de síntomas del PANSS-N con puntuación mayor o igual a 4	7

Tipo de esquizofrenia				
Sistema inclusivo	Positiva		Negativa	
Sistema restrictivo	Positiva	Negativa	Mixta	Otra

Anexo 3. **BELS**

	Oportunidad de independencia	Nivel de desempeño
Autocuidado		
Independencia de movimientos	0	0
Despertarse y levantarse	1	1
Vestirse	1	0
Vuelta a casa por la noche	0	0
Comidas	2	4
Medicación	0	2
Higiene personal	1	2
Ropa	1	3
Incontinencia	2	2
Comportamiento en el cuarto de baño	2	3
TOTAL	10/20	17/40
Habilidades domésticas		
Preparación de comidas	0	0
Preparación de comidas simples	0	0
Compra de comestibles	0	0
Compras (ropa, zapatos)	0	0
Lavado de ropa	0	0
Cuidado de su espacio personal	1	1
Cuidado de su casa o zonas comunes	0	0
TOTAL	1/14	1/28
Habilidades comunitarias		
Uso de transporte público	0	0
Uso de servicios asistenciales	0	1
Uso de locales y servicios públicos	0	0
Uso de dinero o capacidad de controlar su presupuesto	0	1
TOTAL	0/8	2/16
Actividad y relaciones sociales		
Ocupación diaria	1	2
Actividades de tiempo libre	1	0

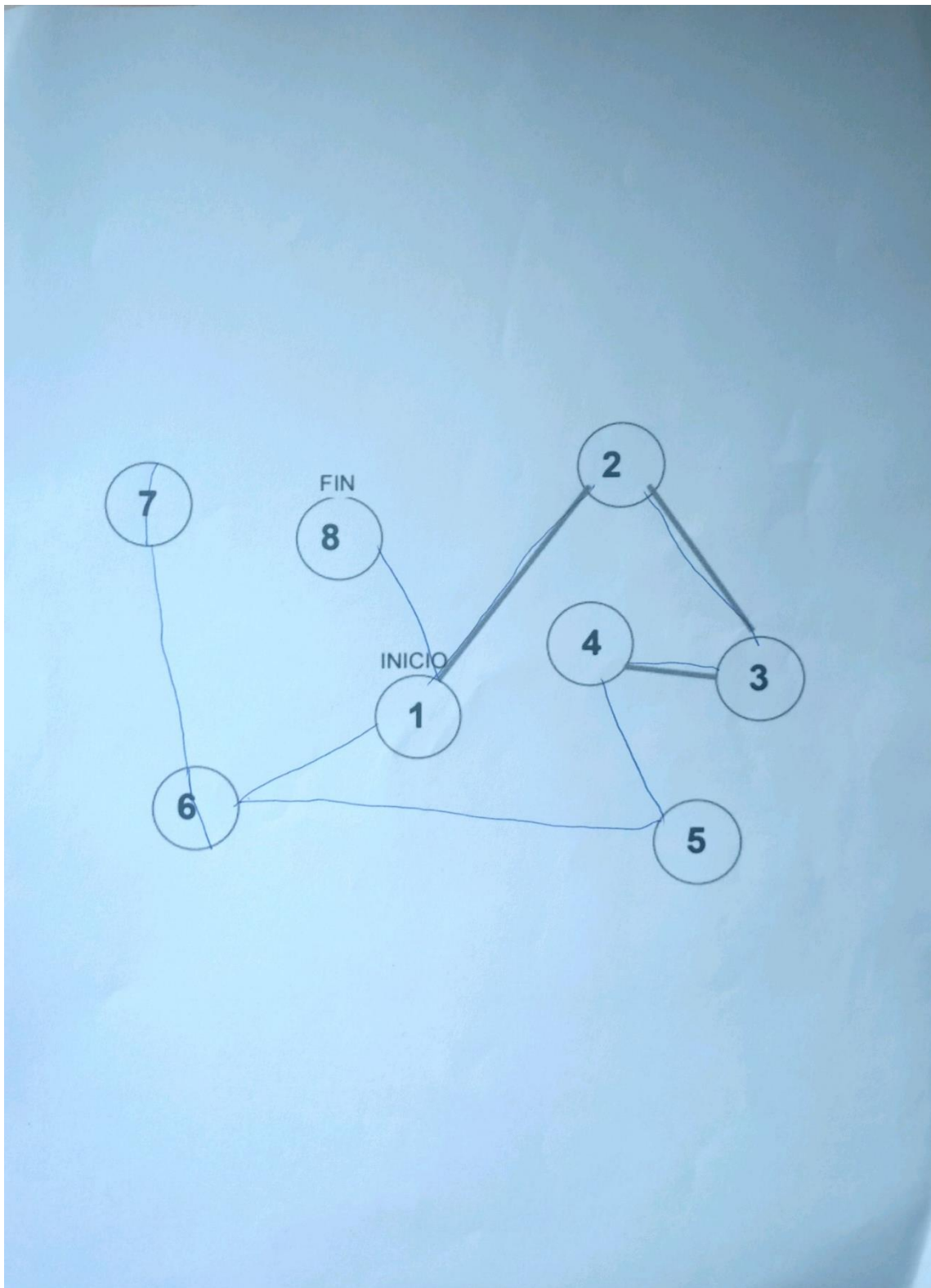
Sociabilidad	1	2
Consideración y preocupación por otras personas	2	1
Prestar auxilio en una emergencia	1	2
TOTAL	6/10	7/20
TOTAL BELS	17/52	27/104

Anexo 4. Hoja de puntuación del ACIS

Situación observada		
Salida para desayuno con otras personas usuarias y profesionales en una cafetería		
	Puntuación	Comentarios
Dominio físico		
Se contacta	3	Admite contacto y en ocasiones lo inicia No interfiere
Contempla	2	No siempre fija la vista en la persona que interviene Antepone otros intereses (el propio desayuno y necesidades como fumar)
Gesticula	1	Incapaz de describir y apoyar con gestos
Maniobra	2	No ajusta distancia para participar de la conversación Habitualmente se queda lejos
Se orienta	2	No gira la cabeza para atender y retrasa la conversación Requiere llamar su atención
Se posiciona	2	Adopta posturas poco funcionales en relación con el mobiliario o demasiado pasivas
TOTAL	12/24	
Dominio de intercambio de información		
Articula	3	Habla de tal manera que se entiende
Es asertivo	2	Expresa necesidades y para ello interrumpe la conversación Persevera en el planteamiento de estas
Pregunta	1	Se facilita la conversación para que cuestione y no lo hace Pregunta de manera simple y persistente por sus familiares
Se involucra	1	Cuando inicia no es acorde al tema Mantiene la conversación con dificultades tras darle soporte con facilitadores
Habla	3	Logra hacerse entender con un habla empobrecido
Sostiene	2	No siempre permite que la conversación fluya Si hay falta de interés desiste

Comparte	1	Evita responder en ciertas ocasiones
Se expresa	3	Muestra risas no contundentes en momentos inesperados Aplanamiento y poca expresividad
Modula	2	Volumen en ocasiones bajo y poca entonación
TOTAL	18/40	
Dominio de relaciones		
Colabora	1	Actuación individual Atiende a otro si favorece su objetivo Se aleja demasiado del grupo mientras paseamos
Cumple	3	Se adecua a las normas (dudas con uso de mascarilla)
Se centra	2	Distracción habitual Dispersión del tema de conversación
Se relaciona	2	Trata de vincular a través de mirada y sonrisa
Respeto	2	No hay conciencia de ineffectividad en la comunicación Interrumpe turno de palabra y no modifica comportamientos
TOTAL	10/20	
TOTAL ACIS	40/ 84	

Anexo 5. TMT



Anexo 6. Identificación de la disfunción ocupacional

ÁREAS DE OCUPACIÓN	
<p>Actividades de la vida diaria (AVD)</p>	<p>Alimentación: requiere asistencia para el manejo más complejo de los cubiertos, por ejemplo, al untar.</p> <p>Vestido: requiere soporte verbal para completar el vestido, por ejemplo, algunas indicaciones sobre la orientación de la prenda.</p> <p>Baño/ducha: es dependiente porque recibe apoyos verbales en la ducha, aunque conserva capacidad para hacer ciertas tareas de manera autónoma.</p> <p>Higiene personal y aseo: es dependiente porque recibe apoyos verbales, aunque podría llevarlo si se le diera más tiempo.</p> <p>Cuidado de la vejiga y los intestinos: es continente; sin embargo, acude muchas veces al servicio alegando que necesita ir a orinar a pesar de que luego refiere no haberlo hecho.</p> <p>Movilidad funcional: en términos generales es independiente (sobre todo en desplazamientos, donde no se detectan riesgos de caída), aunque demuestra poca funcionalidad en el uso fino de la mano o el uso de la mano y el brazo; el mantenimiento de la postura corporal es costoso tanto por rigidez de la postura como por bajo tono muscular.</p>
<p>Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</p>	<p>Uso de sistemas de comunicación: no usa dispositivos de comunicación (si los precisa, los profesionales los manejan).</p> <p>Movilidad en la comunidad: no se desplaza de forma autónoma fuera del centro porque siempre sale acompañada, aunque parece sentirse cómoda</p>

	<p>caminando por delante del resto. Hace años que no usa transporte público.</p> <p>Manejo de temas financieros: no gestiona con responsabilidad su propia asignación diaria (se la entrega a otras personas usuarias para que le hagan compras y no se preocupa de recibir el cambio), no tiene conocimiento del precio de los artículos que consume habitualmente (coca-cola, lollipop, etc.).</p> <p>Cuidado de la salud y manutención: tiene conciencia de sus dolores y los expresa, solicita cremas para mantener su piel hidratada.</p> <p>Establecimiento y gestión del hogar: nunca ha gestionado el hogar familiar; en general. Solo realiza tareas sencillas si se supervisa (hacer la cama es una de sus actividades, pero no demuestra interés por realizarla).</p> <p>Preparación de la comida y la limpieza: no ha realizado ni realiza estas tareas.</p> <p>Mantenimiento de la seguridad y respuesta a emergencias: puede percibir la emergencia y quizá se preocupe por ponerse a salvo.</p>
Descanso y sueño	Ciertos días se encuentra adormilada y refiere mal descanso.
Trabajo	No ha desempeñado actividades productivas posteriores a la etapa escolar.
Ocio y tiempo libre	La iniciativa de búsqueda o participación en ocio es inexistente y el tiempo libre no se dedica a ningún fin concreto (diversión, descanso, etc.); disfruta de las salidas para ir a desayunar o a comprar a la tienda de comestibles.

Participación social	Bajo nivel de participación funcional; habla en grupos, pero de manera inconsistente de acuerdo con el contenido que se trabaja; se relaciona con algunos compañeros, con los que comparte actividades como beber coca-cola y fumar; sale de vez en cuando con sus hermanos. Flaquean las habilidades de participación.
DESTREZAS DE EJECUCIÓN	
Destrezas motoras y praxis	Realiza imitación gestual, manejo de instrumentos (cubiertos, aro) y escritura poco conservados; pinzas y presas poco funcionales; y posturas pobres.
Destrezas sensoriales-perceptuales	Las destrezas auditivas, gustativas y táctiles aparentemente están conservadas; las destrezas visuales están ligeramente afectadas porque no facilitan un desempeño eficaz de algunas tareas (búsqueda y rastreo visual).
Destrezas de regulación emocional	En ocasiones muestra labilidad emocional de manera indistinta, sin un motivo identificado; no suele ajustar sus emociones al sentir de otros.
Destrezas cognitivas	La ejecución planificada de alguna actividad siempre supone un reto, hay dificultad para establecer y seguir pasos.
Destrezas de comunicación y sociales	Se hallan debilitadas en múltiples aspectos, tal y como se detalla en el ACIS.
PATRONES DE EJECUCIÓN	
Roles	Principalmente ejerce el rol de paciente, aunque también el rol de hermana y de pareja, que parecen bastante significativos.
Hábitos	Toma una coca-cola durante la mañana.

Rutinas	De forma bastante regular, si se le avisa o se sale en su busca, acude a los grupos de la MR, acude al comedor a sus horas.
Rituales	Se maquilla de una manera más o menos notable según el día.
FACTORES DE LA PERSONA	
Valores, creencias y espiritualidad	No se han explorado estos elementos, aunque destaca el valor de “arreglarse”.
Funciones mentales	<p>Funciones cognitivas superiores: introspección, causalidad personal y funciones ejecutivas están deterioradas.</p> <p>Atención: existe dificultad para mantener la atención sostenida en una tarea y para emplear la atención selectiva.</p> <p>Memoria: pueden confundirse con problemas de memoria las constantes preguntas que plantea sobre algunos temas, no obstante, se comprueba que retiene información de su interés.</p> <p>Percepción: discrimina los distintos estímulos del día a día.</p> <p>Pensamiento: su hilo de pensamiento es inconexo y pobre, lo que se percibe en su discurso.</p> <p>Sucesión de movimientos complejos: los patrones de movimiento para algunas actividades son poco efectivos.</p> <p>Emociones: por el aplanamiento afectivo el manejo de algunas situaciones es costoso porque no suele expresar sus emociones.</p>

	<p>Experiencia personal y temporal: el esquema corporal (imagen, concepto y conciencia) está deteriorado; no se han evaluado autoconcepto y autoestima.</p> <p>Conciencia: nivel de alerta bajo.</p> <p>Orientación: no hay orientación en tiempo, mientras que la orientación en espacio y en persona están parcial y totalmente conservadas, respectivamente.</p> <p>Personalidad y temperamento: es estable emocionalmente (aplanamiento), aunque ocasionalmente muestra excesiva euforia al ver a A. o labilidad inexplicada.</p> <p>Energía e impulsos: hay baja motivación (salvo para consumir coca-cola, fumar o ir a la peluquería) y el control de impulsos es variable puesto que en ocasiones abandona los grupos sin motivos justificados; se muestra impulsiva sobre todo en la contención de la palabra.</p>
Funciones sensoriales y de dolor	<p>Visión: no emplea gafas, percibe adecuadamente su entorno y no interfiere en sus actividades.</p> <p>Audición: no se observa déficit.</p> <p>Función vestibular: se mueve de forma segura, mantiene el equilibrio en bipedestación y sedestación.</p> <p>Gusto: no se observa déficit, aunque sí preferencia por los dulces.</p> <p>Olfato: no se observa déficit, aunque probablemente haya pérdida por el tabaquismo.</p>

	<p>Propiocepción: la percepción de su postura corporal es distorsionada, no modifica posturas para optimizar comodidad o funcionalidad.</p> <p>Táctil: no se observa déficit.</p> <p>Dolor: no se observa déficit.</p> <p>Temperatura y otros estímulos: no se observa déficit.</p>
<p>Funciones neuromusculoesqueléticas y relativas al movimiento</p>	<p>Movilidad articular: no presenta limitaciones, pero siempre trabaja en rangos inferiores a las posibilidades de movimiento de la articulación, sobre todo en miembros superiores (hombro, codo, muñeca y dedos).</p> <p>Estabilidad articular: no presenta riesgos de luxaciones o subluxaciones.</p> <p>Fuerza: no se valora específicamente, sin embargo, se estima que podría tener dificultades para realizar agarres consistentes.</p> <p>Tono muscular: se observa bajo tono muscular, sus posturas se dejan vencer por la acción de la gravedad; no obstante, es suficiente para moverse.</p> <p>Resistencia muscular: muestra poca resistencia para adoptar una postura y mantenerla, suele fatigarse; para los miembros inferiores no se percibe esta fatiga (desplazamientos).</p> <p>Reflejos motores: no se exploran.</p> <p>Reacciones involuntarias de movimiento: demuestra reacciones de enderezamiento y apoyo si se desequilibra, tanto en marcha como en sedestación (observadas en el funcionamiento cotidiano).</p>

	<p>Control de movimiento voluntario: existen alteraciones a nivel de coordinación oculomanual (visto en alcances), integración bilateral (visto en actividades que requieren disociar cada hemicuerpo para una tarea) y destreza manipulativa fina y gruesa (visto en tareas manipulativas como colorear o pintar uñas).</p> <p>Patrón de marcha: efectúa una marcha funcional con longitud del paso simétrica, con fase de apoyo y despegue coordinadas (con ligero arrastre de los pies) y sin desvíos; el tronco no se posiciona totalmente erguido, pero no limita.</p>
Otras funciones	<p>Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio: sin afectación aparente.</p> <p>Funciones de la voz y el habla: el ritmo del habla es adecuado para su comprensión, acentúa demasiado la entonación para preguntar y cuando lo desea modula el volumen de la voz para captar atención.</p> <p>Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino: sin afectación aparente.</p> <p>Funciones de la piel y estructuras relacionadas: últimamente debido al uso de mascarillas presenta lesiones en la piel detrás de las orejas y precisa un champú especial para el cuidado del cuero cabelludo.</p>
CONTEXTOS Y ENTORNOS	
Personal	Mujer con deterioro cognitivo secundario a patología psiquiátrica, pobres habilidades sociales y perfil volicional bajo.

Físico	Entorno accesible y adaptado a sus necesidades dentro de la MR.
Social	La disponibilidad de las personas más próximas de su entorno (hermanos) no es la que MM desearía, las expectativas de sobre estas personas son desajustadas a la realidad.
Cultural	Habituada al uso de los recursos de atención social a TMG y acostumbrada a la falta de inclusión en contextos normalizados.
Temporal	Estable en su patología, pero desestructurada en hábitos y rutinas diarias.
Virtual	Emplea este escenario para la comunicación con familiar en circunstancias de aislamiento como la pandemia.

Anexo 7. **Horario de actividades grupales**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10:15 – 11:00	Estimulación corporal	Estimulación corporal	Estimulación corporal	Estimulación corporal	Estimulación corporal
11:30 – 12:20	Estimulación cognitiva Reminiscencia	Estimulación cognitiva Arteterapia	Estimulación cognitiva Lectura de noticias en prensa	Estimulación cognitiva Taller de AVD	Salida de integración comunitaria
12:30 – 13:15	Taller de AIVD Paseo por la comunidad	Asamblea	Poesía, literatura y emociones	Taller de manicura	
13:30 – 14:30	Comida				