

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



MEMORIA DE PROCESO DE GRADO MODALIDAD DE PASANTÍA
PROFESIONAL CON EL TEMA:

INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO EN PACIENTES QUE
ADOLECEN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ÁREA DE AGUDOS
HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL PSIQUIÁTRICO DR.
JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A
DICIEMBRE 2023.

PRESENTADO POR:

ESTEFANY BEATRIZ BARAHONA DÍAZ.

DOCENTE ASESOR:

LIC. JULIO ERNESTO BARAHONA JOVEL.

SAN SALVADOR, FEBRERO 2024.

AUTORIDADES VIGENTES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Ing. Juan Rosa Quintanilla
Rector de la Universidad

Doctora Evelyn Beatriz Farfán Mata
Vicerrectora Académica

Maestro Roger Armando Arias Alvarado.
Vicerrector Administrativo

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda.
Secretaría General

Doctor Saúl Díaz Peña
Decano

Licenciado Franklin Arnulfo Méndez Duran
Vicedecano

Licenciado Roberto Carlos Hernández Marroquín
Secretario

Maestra Mónica Raquel Ventura de Ramos
Directora de Escuela de Ciencias de la Salud

Mpc. María del Carmen Merino de Lozano
Directora de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional
TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:

Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel.
Docente Asesor de Procesos de Graduación

Mpc. Ana Catalina Mejía de Guardado
Coordinadora General de Procesos de Grado

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I.....	10
PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO	10
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	13
Objetivo general:	13
Objetivos específicos:.....	13
CAPÍTULO II	14
MARCO TEÓRICO.....	14
DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA	14
TIPOS DE ESQUIZOFRENIA	14
DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:	15
EPIDEMIOLOGÍA	16
ETIOLOGÍA	16
Vulnerabilidad durante el desarrollo nervioso.....	17
Factores estresantes medioambientales	18
DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES MÉDICOS	19
SÍNTOMAS.....	21

DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL	23
INTERVENCIÓN DEL T.O. EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	24
Los pasos básicos que participan en la instrucción del paciente son:.....	25
DEFINICIÓN DE OCIO TERAPÉUTICO:.....	25
TIPOS DE OCIO:.....	27
PLAN A DESARROLLAR DEL OCIO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:.....	30
Los objetivos de Terapia Ocupacional en el área de desempeño de Ocio son: ..	30
INDICACIONES PARA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO	32
PRECAUCIONES PARA TENER EN CUENTA.....	32
PLAN DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO POR MEDIO DE ACTIVIDADES LÚDICAS GRUPALES	34
CAPÍTULO III.....	54
DISEÑO METODOLÓGICO.....	54
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	54
POBLACIÓN Y MUESTRA	55
TIPO DE MUESTREO.	55
Criterios de inclusión:.....	55
Criterios de exclusión:	55
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	56
TÉCNICAS:	56

INSTRUMENTOS.....	56
MATERIALES.....	56
PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS.....	57
CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO.....	59
LIMITACIONES.....	59
CAPÍTULO IV.....	60
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	60
CAPÍTULO V.....	85
CONCLUSIONES.....	85
CAPÍTULO VI.....	87
RECOMENDACIONES.....	87
FOTOGRAFÍAS.....	90
ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	93
ANEXO 2. TEST DE VERIFICACION DE INTERESES.....	94
ANEXO 3. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL: OCUPACIONES.....	97
FICHA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD).....	97
ANEXO 4. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL: OCUPACIONES.....	98
FICHA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD).....	98
ANEXO 5. TERAPIA OCUPACIONAL.....	99

EVALUACION MOTORA Y NEUROMUSCULAR.....	99
ANEXO 6. TERAPIA OCUPACIONAL FICHA DE EVALUACION DE PERCEPCIONES	102
ANEXO 7. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACION DE LA COGNICION.....	104
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	106
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES.....	106
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.....	108
RECURSOS.....	109
BIBLIOGRAFÍA	110

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de ocupaciones de la vida diaria con personas, grupos o poblaciones (es decir, clientes) con el propósito de mejorar o permitir la participación. Los servicios de terapia ocupacional se brindan para la habilitación, rehabilitación y promoción de la salud y el bienestar de los clientes con necesidades relacionadas y no relacionadas con la discapacidad. Los servicios promueven la adquisición y preservación de la identidad ocupacional para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, impedimento, discapacidad, limitación de actividad o restricción de participación (adaptado de American Occupational Therapy Association, 2011).¹ Presenta un papel muy importante en la potenciación y mejora de las habilidades de interacción social y de comunicación de las personas con esquizofrenia. Su intervención provoca una mejora en el deterioro cognitivo de estos pacientes. La Terapia Ocupacional puede trabajar tanto con personas con esquizofrenia aguda como con personas con esquizofrenia cuya fase aguda ya ha remitido, personas con esquizofrenia crónica y personas con esquizofrenia residual.

El capítulo I está constituido por el planteamiento de la oportunidad o necesidad del trabajo, el objetivo fue realizar una Intervención Ocupacional de Ocio por medio de actividades lúdicas grupales dirigidas a pacientes adolescentes y adultos, que adolecen de esquizofrenia paranoide, debido al aumento de ingreso de adolescentes e

¹ Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso [Internet]. accounts.google.com. [citado 1 Julio 2023]. Disponible en: <https://classroom.google.com/u/0/c/NjE1NTA5NzI5OTQ2/m/NjE1NjQ4NzIwMjAz/details>

ingresos recurrentes de pacientes con esta enfermedad, la cual produce un deterioro en las diferentes áreas de desempeño de cada paciente. Este trabajo demuestra la importancia que posee una Intervención Ocupacional de Ocio en el campo de la salud mental con pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide. A su vez comprende justificación, objetivo general y objetivos específicos.

En el capítulo II se presenta el marco teórico que consta de la siguiente manera: definición de esquizofrenia, tipos de esquizofrenia, definición de esquizofrenia paranoide sobre la cual se dirige el trabajo, epidemiología, etiología, diagnóstico y exámenes médicos, síntomas, definición de T.O. intervención del T.O. en esquizofrenia paranoide, tipos de Ocio, plan que fue desarrollado de intervención ocupacional de Ocio Terapéutico en pacientes con esquizofrenia paranoide, indicaciones y precauciones para realizar la Intervención Ocupacional de Ocio, plan de Intervención Ocupacional de Ocio por medio de actividades lúdicas grupales. En el capítulo III se plantea la metodología aplicada en el desarrollo del trabajo donde se detalla la población, así mismo los métodos, técnicas e instrumentos que fueron utilizados como guía para valoración y tratamiento. También se presenta la contribución o beneficios que se fueron aportados; así como también las principales limitaciones que se presentaron al ejecutar el trabajo propuesto. El capítulo IV corresponde a la presentación de los resultados y sus análisis, El capítulo V comprende las conclusiones a las que se llegaron al finalizar la pasantía profesional, Así mismo el capítulo VI contiene las recomendaciones que se consideraron pertinentes para las posibles soluciones de las deficiencias encontradas durante la pasantía profesional. Luego se presenta el apartado de fotografías de algunas actividades que se realizaron, anexos, el cual comprende los instrumentos que se

utilizaron de Terapia Ocupacional y tabla utilizada para la recolección de datos esenciales para la tabulación de resultados que se presentan al defender memoria, el cronograma de actividades y por último fuentes de información consultadas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO

La Terapia Ocupacional en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” se ocupa como un medio para la recuperación de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El objetivo fue realizar una Intervención Ocupacional de Ocio por medio de actividades lúdicas grupales, dirigidas a pacientes adolescentes y adultos que adolecen de esquizofrenia paranoide, debido al aumento de ingreso de adolescentes e ingresos recurrentes de pacientes con esta enfermedad la cual produce un deterioro en las diferentes áreas de desempeño de cada paciente.

Los trastornos mentales son de los problemas de salud más frecuentes en el mundo y también son los que presentan un alto déficit de atención. Son producto de componentes biológicos, psicológicos y sociales que afectan al entorno en que se desenvuelve una persona, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), solo en 2017 fueron diagnosticados con esquizofrenia 2,425. Los nuevos casos encontrados en 2018 fueron 2,953. Pese a que, de cada 1,000 personas mayores de 15 años, cinco de ellas presentan un cuadro de esquizofrenia, según el MINSAL. “Los medicamentos en los hospitales nacionales se ponen escasos. Hay cuidadores que tienen que esperar que haya y eso hace caer en crisis al paciente” Según el informe “Personas con Trastornos Psiquiátricos Severos: Esquizofrenia”, del MINSAL, el tratamiento se vuelve efectivo cuando hay un adecuado uso de psicofármacos y cuando en los espacios donde se mueve el paciente hay intervenciones psicosociales. De lo contrario, por

ejemplo, una sobredosis o un medicamento sin control en la frecuencia con que sea consumido, pueden tener efectos secundarios que podrían, incluso, causar la muerte.

2

El Hospital cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinario que trabajan en la atención de esta población como: 2 médicos psiquiatras, médicos de staff, personal de enfermería, psicóloga, 3 licenciadas en educación especial, 4 fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, existe 1 psicólogo y una licenciada en educación especial, los cuales han sido asignados a otras áreas de pacientes psiquiátricos. La atención en Terapia Ocupacional se brinda por las mañanas y tardes a pacientes hospitalizados y pacientes externos, por lo cual la demanda es alta, por ello se presento un programa de Intervención ocupacional de Ocio, dirigida a pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide por medio de actividades lúdicas de forma grupal que ayuden a disminuir el deterioro en las diferentes áreas de desempeño

² Guillen, Mónica, Retratos de la esquizofrenia [Internet]. Séptimo Sentido. 2019. Disponible en: <https://7s.laprensagrafica.com/en/retratos-de-la-esquizofrenia/>

JUSTIFICACIÓN

Debido a que ha incrementado el ingreso de adultos que adolecen de esquizofrenia paranoide y adolescentes los cuales no tienen un diagnóstico establecido, se pretende brindar una atención oportuna para evitar deterioro en sus funciones corporales y en las diferentes áreas de desempeño, y en aquellos casos donde los pacientes se encuentran con un ingreso prolongado se pretende disminuir el progreso de la enfermedad por medio de una Intervención Ocupacional de Ocio, se realizaron actividades lúdicas grupales dirigidas a mejorar o mantener las funciones que se ven afectadas y/o deterioradas en este tipo de enfermedad mental, como lo es la atención, inicio y finalización de una actividad, participación social, relaciones interpersonales, autonomía.

Por lo tanto, se justifica la necesidad de demostrar que la Intervención Ocupacional de Ocio en pacientes referidos a Terapia Ocupacional fue efectivo para la recuperación de los pacientes que adolecen esa enfermedad, lo cual se demostrará, ya que se realizó un registro de los pacientes atendidos y la evolución de su recuperación en el periodo de julio a diciembre del año 2023.

Al realizar una Intervención Ocupacional de Ocio fue viable, ya que se recibió aprobación por parte de Director de Hospital Psiquiátrico y Jefe de Terapia Ocupacional para que se llevara a cabo pasantía de la Universidad de El Salvador. Y fue factible, ya que se contaba con los recursos necesarios para desarrollar diferentes actividades lúdicas de forma grupal.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la importancia de realizar una Intervención Ocupacional de Ocio en pacientes que adolecen esquizofrenia paranoide del área de agudos hombres y mujeres del Hospital General Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez, durante el periodo de julio a diciembre 2023.

Objetivos específicos:

- Evaluar pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide del área de agudos hombres y mujeres del Hospital Psiquiátrico.
- Aplicar Tratamiento de Terapia Ocupacional por medio de una Intervención Ocupacional de Ocio a pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide del área de agudos hombres y mujeres del Hospital Psiquiátrico.
- Presentar los resultados obtenidos de la Intervención Ocupacional de Ocio por medio de memoria documentada de pasantía y un informe para el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

Según el Manual MSD, la esquizofrenia se caracteriza por psicosis, ideas delirantes, alucinaciones, conductas y habla desorganizadas, afecto aplanado, déficits cognitivos y disfunción laboral y social.³

La esquizofrenia se caracteriza por psicosis (pérdida de contacto con la realidad), alucinaciones (percepciones falsas), ideas delirantes (creencias falsas), habla y conductas desorganizadas, afecto aplanado (rango restringido de emociones), déficits cognitivos (deterioro del razonamiento y la resolución de problemas) y disfunción laboral y social.⁴

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 10 ed., Capítulo V referido a los trastornos mentales se clasifica fundamentalmente en:

- Esquizofrenia paranoide.
- Esquizofrenia hebefrenica.
- Esquizofrenia catatónica.

³ Moreno, Rosa Ovejero. Trabajo Fin de Grado [Internet]. [Citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/117864/files/TAZ-TFG-2022-1002.pdf>

⁴ Tamminga C. Esquizofrenia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

- Esquizofrenia indiferenciada.
- Esquizofrenia simple.
- Esquizofrenia residual.
- Otra esquizofrenia.
- Esquizofrenia sin especificación

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

Es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo donde predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.

- Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.⁵

EPIDEMIOLOGÍA

A escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0,45%). Lo más frecuente es que aparezca al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años de edad, y en los hombres suele manifestarse antes que entre las mujeres.⁶

Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), solo en 2017 fueron diagnosticados con esquizofrenia 2,425. Los nuevos casos encontrados en 2018 fueron 2,953. Pese a que, de cada 1,000 personas mayores de 15 años, cinco de ellas presentan un cuadro de esquizofrenia, según el MINSAL.⁷

ETIOLOGÍA

Aunque sus causas y sus mecanismos específicos son desconocidos, la esquizofrenia tiene una base biológica, como lo demuestra

⁵ Velazco Fajardo Y, Quintana Rodríguez I, Fernández Romero M de la C, Alfonso Fernández A, Zamora Lombardía E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2018 Agosto 1;40(4):1163–71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022

⁶ World Health Organization: WHO. Esquizofrenia [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

⁷ Guillen, Mónica, Retratos de la esquizofrenia [Internet]. Séptimo Sentido. 2019. Disponible en: <https://7s.laprensagrafica.com/en/retratos-de-la-esquizofrenia/>

- Alteraciones de la estructura encefálica (p. ej., aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, adelgazamiento de la corteza, reducción del tamaño del hipocampo anterior y otras regiones del encéfalo)
- Cambios en la neuroquímica, especialmente actividad alterada de los marcadores de la transmisión de dopamina y glutamato
- Factores de riesgo genético recientemente demostrados

Según algunos expertos, la esquizofrenia aparece con más frecuencia en personas vulnerables durante el desarrollo nervioso, y el inicio, la remisión y la recidiva de los síntomas son el resultado de las interacciones producidas entre estas vulnerabilidades duraderas y los factores estresantes medioambientales.

Vulnerabilidad durante el desarrollo nervioso

Aunque la esquizofrenia rara vez se manifiesta en la primera infancia, los factores de la infancia influyen en el inicio de la enfermedad en la edad adulta. Estos factores son:

- Predisposición genética
- Complicaciones intrauterinas, durante o después del parto
- Infecciones virales del sistema nervioso central
- Traumatismo y abandono infantil

Aunque muchas personas con esquizofrenia no tienen antecedentes familiares, los factores genéticos se han implicado con intensidad. Las personas con un familiar de

primer grado con esquizofrenia tienen un riesgo del 10-12% de desarrollar el trastorno frente a un riesgo del 1% en la población general. La concordancia entre los gemelos mono cigotos es de alrededor del 45%.

La exposición materna al hambre y la gripe en el segundo trimestre del embarazo, el peso al nacimiento < 2.500 g, la incompatibilidad Rh durante el segundo embarazo y la hipoxia aumentan el riesgo.

Los estudios neurobiológico y neuropsiquiátrico muestran un aumento de la incidencia de pruebas de seguimiento visual aberrante, deterioro de la cognición y la atención, y una captación deficiente de los estímulos sensitivos entre los pacientes con esquizofrenia que entre la población general. Estos hallazgos también pueden aparecer entre los familiares de primer grado de las personas con esquizofrenia, y de hecho en pacientes con muchos otros trastornos psicóticos, y pueden representar un componente de vulnerabilidad hereditario. La coincidencia de estos hallazgos en los trastornos psicóticos sugiere que nuestras categorías diagnósticas convencionales no reflejan distinciones biológicas subyacentes entre las psicosis.

Factores estresantes medioambientales

Los factores estresantes ambientales pueden desencadenar la aparición o recaída de los síntomas psicóticos en los individuos vulnerables. Los factores estresantes pueden ser primariamente farmacológicos (p. ej., abuso de sustancias, en especial marihuana) o sociales (p. ej., quedar desempleados o en la pobreza, salir de casa para ir a la universidad, romper una relación romántica o unirse a las

fuerzas armadas). Existe evidencia nueva que indica que los eventos ambientales pueden iniciar cambios epigenéticos que podrían influir en la transcripción de genes y el inicio de la enfermedad.

Los factores protectores que mitigan el efecto del estrés sobre la formación o la exacerbación de los síntomas incluyen un apoyo psicosocial sólido, habilidades de adaptación bien desarrolladas y el tratamiento con fármacos antipsicóticos.⁸

DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES MÉDICOS

- Criterios clínicos (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición [DSM-5])
- Combinación de antecedentes, signos y síntomas

Cuanto antes se realice el diagnóstico y el tratamiento, mejor será el resultado.

No existe una prueba para el diagnóstico definitivo de esquizofrenia. Este se basa en la evaluación exhaustiva de los antecedentes, los signos y los síntomas. La información obtenida de fuentes colaterales, como la familia, los amigos, los profesores y los compañeros de trabajo, es importante.

De acuerdo con el DSM-5, el diagnóstico de la esquizofrenia requiere la presencia de los dos elementos siguientes:

- ≥ 2 síntomas característicos (ideas delirantes, alucinaciones, habla y comportamiento desorganizado, síntomas negativos) durante una parte

⁸ Tamminga C. Esquizofrenia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

significativa de un período de 6 meses (los síntomas deben incluir al menos uno de los 3 primeros)

- Signos prodrómicos o atenuados de la enfermedad con deterioro social, ocupacional o de los cuidados personales evidentes durante un período de 6 meses que incluya 1 mes de síntomas activos.⁹

El diagnóstico de la esquizofrenia implica descartar otros trastornos de salud mental y determinar que los síntomas no se deben al abuso de sustancias, medicamentos o afecciones. Para determinar un diagnóstico de esquizofrenia, puede hacerse lo siguiente:

- **Exploración física.** Se puede realizar para descartar otros problemas que podrían estar causando los síntomas y para detectar cualquier complicación relacionada.
- **Análisis y pruebas de detección.** Pueden incluirse pruebas que permitan descartar afecciones con síntomas similares, y para detectar el consumo de alcohol y drogas. El médico también puede indicar estudios por imágenes, como una resonancia magnética o una tomografía computarizada.
- **Evaluación psiquiátrica.** Un médico o profesional en salud mental controla el estado mental por medio de la observación de la apariencia y el comportamiento, y la indagación sobre pensamientos, estados de ánimo, delirios, alucinaciones, consumo de sustancias y posibilidad de violencia o suicidio. También se conversa sobre los antecedentes personales y familiares.

⁹ Tamminga C. Esquizofrenia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>

- **Criterios de diagnóstico para la esquizofrenia.** El médico o profesional en salud mental puede aplicar los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría)¹⁰

SÍNTOMAS

La sintomatología de esta enfermedad debe presentarse durante mínimo un mes y permanecer durante 6 meses para establecer su diagnóstico.

Síntomas negativos: apatía o abulia; alejamiento de la vida social; evitación de la interacción social; habla pobre y apagada; problemas para funcionar normalmente, planificar y ceñirse a las actividades; pobreza del pensamiento; embotamiento afectivo; dificultad para prever y anhedonia; expresión facial limitada; y la dedicación de la mayor parte del tiempo a actividades pasivas.

Síntomas cognitivos: problemas de memoria, atención, concentración y en funciones ejecutivas; dificultad para seguir una conversación, aprender cosas nuevas, recordar citas, concentrarse o prestar atención.¹¹

Por último, están los **síntomas positivos**, que incluyen el exceso o distorsión de las funciones normales, tales como: alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado e incoherente y comportamiento gravemente desorganizado o

¹⁰ Esquizofrenia - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. [consultado el 1 julio 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>

¹¹ Moreno, Rosa Ovejero. Trabajo Fin de Grado [Internet]. [Citado 1 Julio 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/117864/files/TAZ-TFG-2022-1002.pdf>

catatónico. Suelen comenzar entre los 16 y 30 años de edad, aunque en la mayoría no se suele desarrollar la esquizofrenia hasta después de los 45 años.

La despersonalización y la desrealización pueden ser otros síntomas

La sintomatología tiene fases de agudización y fases de remisión. Sin embargo, en algunos enfermos existe un curso estable. Cabe mencionar que los síntomas negativos se acentúan más con el tiempo al contrario que los positivos, los cuales van remitiendo.

La esquizofrenia afecta en el desempeño ocupacional, es decir, la capacidad de hacer y completar una actividad seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre la actividad, la persona y el contexto/entorno.

La sintomatología afecta importantemente en la persona, en las actividades diarias y en su entorno social. Los síntomas negativos alteran el funcionamiento ocupacional, provocan la pérdida de amistades y genera el aislamiento. Se produce un sufrimiento en la persona, así como en sus familiares y amistades. En general, crea una gran repercusión económica, social y humana, alterando así la etapa más productiva del ser humano quedando afectadas las áreas laboral y social. Muchas veces dependen económicamente de sus familiares, y una vez que estos fallecen, pasan a depender de instituciones del estado.

Las personas con esquizofrenia tienen un 10% de riesgo de suicidio además de estilos de vida poco sana, efectos secundarios del tratamiento farmacológico y baja calidad de atención sanitaria. Por ello, su esperanza de vida es de 10 – 12 años menos

que la población sana. Otras complicaciones son: insomnio, episodios depresivos mayores, tabaquismo (cuya abstinencia abrupta puede empeorar los síntomas psicóticos)... Estos pacientes presentan altas tasas de abuso de sustancias, por lo que suelen tener hospitalizaciones a más temprana edad frecuentemente, y presentan una disfunción en sus relaciones sociales. Algunas personas son incapaces de satisfacer sus necesidades básicas como: establecer metas y objetivos en vista al futuro; resolver problemas; mantener la higiene y el autocuidado; y proveer su comida, vestido y domicilio. Pueden necesitar un gran apoyo para conservar su autonomía. Además, tienen una baja tasa de matrimonio y una bastante alta de divorcios. Con el paso del tiempo, normalmente se apacigua la sintomatología quedando así las secuelas que conllevan un estado de pasividad, abandono del autocuidado y de su vivienda, torpeza del pensamiento y sentimientos fríos hacia los demás.¹²

DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Uso terapéutico de ocupaciones de la vida diaria con personas, grupos o poblaciones (es decir, clientes) con el propósito de mejorar o permitir la participación. Los profesionales de la terapia ocupacional utilizan su conocimiento de la relación transaccional entre la persona, su participación en ocupaciones valoradas y el contexto para diseñar planes de intervención basados en la ocupación. Los servicios de terapia ocupacional se brindan para la habilitación, rehabilitación y promoción de la salud y el bienestar de los clientes con necesidades relacionadas y no relacionadas con la discapacidad. Los servicios promueven la adquisición y preservación de la identidad ocupacional para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una

¹² Moreno, Rosa Ovejero. Trabajo Fin de Grado [Internet]. [Citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/117864/files/TAZ-TFG-2022-1002.pdf>

enfermedad, lesión, trastorno, condición, impedimento, discapacidad, limitación de actividad o restricción de participación (adaptado de American Occupational Therapy Association, 2011).¹³

INTERVENCIÓN DEL T.O. EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

El terapeuta ocupacional inicia el proceso de rehabilitación con actividades facilitadoras/habilitadoras que presentan un nivel de exigencia bajo con el fin de adquirir capacidades básicas que permitan un desempeño diario adecuado.¹⁴ Con el fin de contribuir al desarrollo normalizado de las funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos. Promover el mantenimiento, restauración o recuperación de estas.

El terapeuta debe identificar con la lista de las distintas categorías las actividades del paciente que le divierten o le han divertido en el pasado.

El terapeuta y el paciente juntos deben identificar una meta para participar en las actividades lúdicas, la meta debería incluir un tipo específico de actividad y la cantidad de tiempo en el que se realizara semanalmente.

Para una ejecución correcta de la actividad terapéutica es vital una enseñanza terapéutica previa. Con una comunicación de instrucciones adecuada se consigue minimizar la supervisión e instrucción y optimizar las oportunidades de resultados satisfactorios.

¹³ Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso [Internet]. accounts.google.com. [citado 1 Julio 2023]. Disponible en: <https://classroom.google.com/u/0/c/NjE1NTA5NzI5OTQ2/m/NjE1NjQ4NzIwMjAz/details>

¹⁴ Rodríguez, Celia Fernández. Terapia ocupacional en salud mental [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/terapia-ocupacional-salud-mental/>

Los pasos básicos que participan en la instrucción del paciente son:

- ✓ **Preparación del paciente:** estableciendo una comunicación participativa y que le haga perder temores. Debe resultar estimulante.
- ✓ **Presentación de la actividad:** presentando consignas de manera lenta y paciente asegurándonos de que nos ha comprendido, no enseñar más pasos de los que pueda dominarse por vez.
- ✓ **Seguimiento:** verificando progresos frecuentemente para corregir errores.¹⁵

DEFINICIÓN DE OCIO TERAPÉUTICO:

El Ocio deja de ser un fin para convertirse en medio, es decir, es un instrumento de trabajo que nos permite alcanzar un objetivo previamente establecido. Habitualmente se utiliza para superar o mejorar un problema o situación que afecta negativamente al ocio de esa persona (superar una adicción, recuperarse de un trastorno físico o psicológico) es un constructo que se ha definido de tres maneras. Normalmente se entiende que el ocio es tiempo libre durante el que elegimos de forma discrecional, respecto a la ocupación de ese tiempo. El ocio también es entendido como una actividad que es libremente elegida por el disfrute que uno espera obtener de la misma. La esencia de la que constituye el ocio es lo que la persona siente respecto a la actividad y no a la actividad misma. (Russell 1996)¹⁶

¹⁵ Morales M, Bravo I. EL OCIO TERAPÉUTICO EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL [Internet]. [citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>

¹⁶ Etxebarria, Susana Gorbeña. Ocio y Salud Mental [Internet]. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio14.pdf>

En el ocio terapéutico se trabajan las habilidades a través de actividades, pero también se han de desarrollar algunas cuyo fin sea la misma actividad para evaluar a la persona en un medio lo más natural posible en el que ponga en práctica las habilidades trabajadas con la mayor autonomía. Se trata de una propuesta motivacional debe promover oportunidades de aprendizaje para los pacientes, aumentando sus habilidades para influir en el medio, aumentando los sentimientos de autosuficiencia y autoestima que permiten un desarrollo óptimo individual y social.¹⁷

El Ocio terapéutico utiliza la actividad recreativa como intervención ante la enfermedad y promoviendo una mejor calidad de vida mediante la recreación y el ocio. Como proceso, el ocio terapéutico tiene dos objetivos centrales. El primero es ayudar a estabilizar la situación del paciente previniendo un mayor deterioro a la salud Austin (1996) lo denomina “protección de la salud” se utilizan las actividades recreativas para aumentar las capacidades de los pacientes para afrontar la enfermedad y el estrés del internamiento, y como intervención diseñada para mejorar el funcionamiento físico, mental y social. El segundo gran objetivo del ocio terapéutico es asegurar que las personas que están enfermas y tienen discapacidades crónicas tengan oportunidades para que su ocio sea una fuente de retos, placer, disfrute y relación con los demás. Austin (1996) lo denomina como “promoción de la salud” en la que las oportunidades de ocio sirven como fuerza actualizadora que ayudan a maximizar el potencial de la persona contribuyendo a la salud integral y el bienestar. Por tanto la misión del

¹⁷ Morales M, Bravo I. EL OCIO TERAPÉUTICO EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL [Internet]. [citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>

ocio terapéutico es ayudar a las personas que tienen enfermedades o discapacidades a utilizar la recreación y el ocio para alcanzar y mantener la salud, la independencia y la calidad de vida, facilitar la capacidad del individuo para tener un estilo de vida en el que el ocio sea importante.¹⁸

TIPOS DE OCIO:

Dimensiones	Procesos personales y sociales	Actividades prototípicas
Creativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo personal ▪ Autoafirmación ▪ Introspección ▪ Reflexión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Artes ▪ turismos alternativos ▪ nuevos deportes ▪ deportes de aventura ▪ hobbies
Lúdica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descanso ▪ Diversión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego ▪ Practica cultural ▪ Turismo tradicional ▪ Práctica deportiva ▪ Paseos ▪ Tertulia
Festiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoafirmación colectiva ▪ Heterodescubrimiento ▪ Apertura a los demás ▪ Socialización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiesta ▪ Patrimonio ▪ Folklore ▪ Turismo cultural

¹⁸ Etxebarria, Susana Gorbeña. Ocio y Salud Mental [Internet]. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio14.pdf>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruptura de la cotidianeidad ▪ Sentido de pertenencia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deporte espectáculo ▪ Eventos ▪ Parques temáticos ▪ Parques de atracciones
Ecológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vinculación al espacio ▪ Capacidad de admiración ▪ Contemplación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recreación al aire libre ▪ Turismo urbano ▪ Arte en la calle ▪ Turismo rural ▪ Ecoturismo ▪ Deporte al aire libre
Solidaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivencia del otro ▪ Participación asociativa ▪ Gratuidad ▪ Voluntariedad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocio comunitario ▪ Animación sociocultural ▪ Animación turística ▪ Turismo social ▪ Deporte para todos ▪ Asociacionismo ▪ Educación del tiempo libre

Productiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bienestar ▪ utilidad ▪ profesionalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Industrias culturales ▪ Sector del turismo ▪ Deporte profesional ▪ Establecimientos recreativos ▪ Actividades del juego y apuestas ▪ Servicios ocio-salud ▪ Bienes de equipo y consumo
Preventiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevención ▪ Precaución 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocio preventivo ▪ Educación para la salud ▪ Programas preventivos
Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recuperación ▪ calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocio terapéutico ▪ Ocio y salud
Nocivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prácticas abusivas ▪ Dependencia exógena 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sociopatías ▪ Ludopatías

Fuente: Roberto San Salvador del Valle. Morales M, Bravo I. EL OCIO TERAPÉUTICO EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL [Internet]. [Citado 1 de julio 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>

PLAN A DESARROLLAR DEL OCIO TERAPÉUTICO EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

En el área de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” los pacientes son referidos en diferentes estaciones en las cuales se brinda tratamiento según el área de desempeño que se ve afecta en pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide u otro diagnóstico psiquiátrico.

Los objetivos de Terapia Ocupacional en el área de desempeño de Ocio son:

- Fomentar o impulsar la motivación a realizar actividades de ocio, incorporándolas en su rutina.
- Facilitar encuentro o la recuperación de interés o deseos para realizar actividades y estar en contacto con el medio externo.
- Reforzar los sentimientos, sensaciones y capacidades positivas que hayan surgido a través de la actividad.
- Aprender a planificar y disfrutar del tiempo libre. Conocer los distintos recursos a su alcance e informar de actividades de ocio (saber utilizarlos).
- Propiciar el autoconocimiento y autorrealización
- Favorecer la independencia funcional.
- Favorecer conductas saludables hacia la mejora de la calidad de vida.
- Fomentar las relaciones sociales.¹⁹

¹⁹ Morales M, Bravo I. EL OCIO TERAPÉUTICO EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL [Internet]. [citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>

Actividad: se desarrollaron diversas actividades lúdicas de forma grupal, orientadas por pasante en Terapia Ocupacional. Actividad motora/praxis: se presentaron juegos o dinámicas que implicaba la participación activa de la persona a través de la actividad.

Metodología: Se brindo una breve explicación sobre en qué consistía cada actividad a realizar. Se guio paso a paso hasta finalizar la actividad planificada.

Recursos: Estos fueron recursos materiales como páginas de papel bond blancas y de color, lápiz, colores, tijeras, pegamento, juegos de memoria, rompecabezas, juegos de cartas, ajedrez, dama, juego de jenga, pelota de basquetbol y futbol.

En cuanto a recursos humanos: pacientes principalmente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, pasante en Terapia Ocupacional

Tiempo: Las actividades se realizaron de lunes a viernes, cada actividad se desarrollo en un tiempo de 45 minutos por actividad, iniciando a las 8:30 am y finalizando a las 11:30 am.

Evaluación: Se observo el desempeño del paciente, disposición y estado de ánimo para realizar cada actividad. Si seguía indicaciones brindadas por pasante en Terapia Ocupacional. Se trabajaron conceptos como: respetar turnos, capacidad de expresar ideas de forma adecuada, tolerancia a la frustración y hacia los demás, respetar opiniones, adquirir un nivel de concentración, comprensión y atención adecuada, inicio y finalización de una actividad, controlar impulsividad, ser capaz de

permanecer en una terapia durante un tiempo concreto, seguir instrucciones, manejo y control básico de sintomatología.²⁰

INDICACIONES PARA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO

Antes de la realización del tratamiento, se debía tener en cuenta:

- Recibir Hoja de referencia para asistir a Terapia Ocupacional por parte de médico psiquiatra.
- Pacientes antes de asistir a Terapia Ocupacional debían haber realizado actividades de la vida diaria como: baño/ducha, vestido, comer y alimentación, higiene y aseo personal.
- Comportamiento estable de paciente durante el desarrollo de Terapia Ocupacional

PRECAUCIONES PARA TENER EN CUENTA

- Se observo atentamente cada paciente debido a que podía presentar una crisis y autolesionarse o lesionar a demás pacientes y Pasante en Terapia Ocupacional.
- Se indico a paciente que debía solicitar a Pasante en Terapia Ocupacional asistencia para supervisar, en caso de presentar la necesidad de ir al baño o de beber agua, debido a que podía presentar ideas de huida de hospital.
- Se indico a paciente que el resultado de algunas actividades realizadas podía llevarlas con él, cuando se le diera de alta.

²⁰ Rodríguez, Celia Fernández. Terapia ocupacional en salud mental [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/terapia-ocupacional-salud-mental/>

- Se indico a paciente no llevar ningún objeto que se le brindaba al momento de realizar las actividades lúdicas, debido a que podía autolesionarse o lesionar a demás pacientes y personal médico, en caso de sufrir una crisis.

PLAN DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO POR MEDIO DE ACTIVIDADES LÚDICAS GRUPALES

Actividad: Pasantía profesional en Hospital Nacional Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez

Objetivo General: Desarrollar habilidades y destrezas, en las áreas de desempeño en pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide, por medio de intervención ocupacional de ocio a través de actividades lúdicas grupales.

Fecha: Julio a diciembre del 2023

Hora de inicio: 8:30 am

Hora de finalización: 11:30 pm

Responsable: Pasante en Terapia Ocupacional

Docente: Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel.

Objetivo específico	Actividad	Metodología	Recursos	Evaluación.
1. Fomentar la independencia en la actividad de arreglo	Arreglo personal. Esta actividad se	Se acompaño a pacientes en la realización de la actividad de arreglo personal, peinado de cabello,	Humanos. -Pasante	Pasante en TO evaluó como desarrollaba esta actividad cada paciente y si

personal.	realizo cada mañana de lunes a viernes.	aplicación de crema corporal, aplicación de desodorante, supervisando y asistiendo a que completen la actividad.	-Pacientes. Materiales -Peine -Crema para el cabello -Crema para el cuerpo -Desodorante Estudiante responsable: - Estefany Díaz	alguno necesitaba asistencia.
2. Estiramiento de grandes grupos	Rutina de ejercicios	de Se reunieron a pacientes y pasante en TO dirigió los ejercicios de	Humanos. - Pacientes	Se evaluó la disposición de pacientes al realizar los

musculares.	estiramiento. Esta actividad se realizo cada mañana de lunes a viernes.	estiramiento.	- pasante. Materiales: -Bocina bluetooth. Estudiante responsable: Estefany Díaz	ejercicios y si prestaban atención a las indicaciones.
3. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas,	Canasta de papel de colores	Se recortaron tiras largas y círculos de papel de colores, para formar una canasta, se colocaron las bases y las tiras que formaron los pilares para ir intercalando las demás tiras de papel y se colocaron el resto de accesorios hasta finalizar, se guio a pacientes	Humanos. Pacientes Pasante Materiales. Páginas de colores	Se observo si el paciente prestaba atención, se verifico su estado de ánimo y si seguía las indicaciones.

<p>coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>		<p>paso a paso hasta completar la canasta de papel.</p>	<p>Pegamento o silicón</p> <p>Tijeras</p> <p>Estudiante responsable:</p> <p>Estefany Díaz.</p>	
	<p>Canasta de lana</p>	<p>Se utilizo un vaso desechable el cual se recorto a lo largo y hasta la mitad del vaso, luego en las tiras recortadas se coloco a lo largo del vaso de forma intercalada lana de color. Se colocaron los demás accesorios hasta completar la canastita de lana.</p>	<p>Humanos.</p> <p>- Pacientes.</p> <p>- Pasante.</p> <p>Materiales:</p> <p>Lana de colores</p> <p>Pegamento o silicón</p>	<p>Se observo si el paciente prestaba atención, se verifico su estado de ánimo y si atendía las indicaciones.</p>

			Tijeras Estudiante responsable: Estefany Díaz	
	“Juego de bolitas”	Consistió en colocar 4 bolitas de distintos colores en una posición determinada. Se indico al usuario que observara esta posición durante 30 segundos. Seguidamente se taparon las bolitas con unos “vasitos”. El usuario debía tirar un dado, que contenía los colores de las bolitas y, debía decir en que vasitos” se	Humanos. Pacientes Pasante Materiales. Vasitos Dado Bolitas de colores	Se observo si el paciente prestaba atención, se verifico su estado de ánimo y si obedecía a las indicaciones.

		encuentra la bolita del color del dado.	Estudiante responsable: Estefany Díaz	
4. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante	Juego de memoria y asociación: “buscando las parejas”	Para conocer las parejas, primero se repartieron la mitad de las tarjetas según el número de pacientes por sesión. En total son 80 tarjetas de memoria. La otra mitad de tarjetas las tenía pasante en TO. Las indicaciones fueron: se le mostro a pacientes tarjeta por tarjeta, mencionando palabras claves que indicaban la posible pareja de la tarjeta que observaron. Luego de observar atentamente cada pareja, se	Recursos: Humanos: pacientes y pasante en TO Materiales: Juego de memoria.	Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones.

en TO.		solicitó a pacientes dividir las tarjetas por color rojo y azul, que tienen en la parte de atrás y ordenarlas. Se dio vuelta a una tarjeta roja y una azul una vez por paciente, hasta encontrar las parejas. Si un paciente encontraba una pareja, tenía la oportunidad de volver a buscar otra pareja, si no la encontraba era el turno de otro jugador.		
5. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad,	Juego de cartas: “Burro” “31”	Para el juego de “Burro”, se repartieron 3 cartas a cada paciente. Y se escondía una carta al azar. Las indicaciones fueron: entre esas tres	Recursos: Humanos: pacientes y pasante en TO	Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respeto el turno de los demás

<p>secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>	<p>“Sietillo”</p>	<p>cartas que se les repartió debe buscar una pareja del mismo número o misma letra sin importar el color o figura. Si no posee entre esas tres cartas una pareja, debía tomar una tarjeta de la baraja hasta conseguir una pareja para una de las tarjetas que poseía y colocarlas de forma ordenada en la mesa. Cada paciente debía ir por turnos. Hasta que no haya más tarjetas en la baraja, debía solicitar al jugador más próximo a el de sus tarjetas sin mirar y elegir al azar para encontrar pareja, cada jugador hacia lo mismo hasta quedar dos jugadores y uno de</p>	<p>Materiales: Juego de cartas.</p>	<p>pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
--	-------------------	---	--	--

		<p>ellos se queda con una carta, ya que se escondió al inicio del juego una carta, debía adivinar cuál es la que falta, sino se quedaba con el “Burro”</p> <p>Para el juego de “31” se repartieron tres cartas a cada jugador. El As tenía 11 puntos, las cartas con figura tenían 10 puntos, y todas las demás cartas tenían el valor de su numeración. Todos los jugadores debían intentar sumar el valor de 31 (o el más cercano a esta cifra) con cartas del mismo color. 3 cartas iguales tenían un valor de 30,5 puntos.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Para el juego de “sietillo” se repartieron siete cartas a cada jugador, se indicaba que debía buscar entre sus cartas el número 7, si uno de ellos poseía una de las cartas con el número 7 debía colocarla al centro de la mesa, respetando turno, cada paciente debía completar la baraja a partir de cada carta con el número 7, respetando el orden de numero y turno, si no poseía la secuencia de las cartas puestas en la mesa debía ceder su turno.</p>		
--	--	--	--	--

<p>6. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>	<p>Juego de jenga: Evita botar los bloques de madera</p>	<p>Juego compuesto por 54 barritas de madera, 9 por color y 6 colores diferentes. Se indicaba a pacientes construir la torre y por turnos ir quitando barritas del color que le indicaba el dado y se debía tener mucho cuidado de que no se derrumbara, porque si no perdía.</p>	<p>Recursos: Humanos: pacientes y pasante en TO Materiales: Juego de jenga y dados</p>	<p>Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
<p>7. Mejorar la atención, iniciación</p>	<p>Juego de basquetbol:</p>	<p>Se indicaba a pacientes que el juego iniciaba</p>	<p>Recursos: Humanos:</p>	<p>Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la</p>

<p>y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, ojo pie, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>	<p>“corona”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lanzando la pelota bajo el aro de basquetbol, si logra encestar, 2 .Debía pasar a un lado de la cancha y desde ahí debía lanzar la pelota, 3. Luego debía lanzar la pelota desde la mitad de la cancha siempre desde un costado, 4. El siguiente tiro debía hacerlo desde la mitad de la cancha de forma frontal, 5. El siguiente tiro se hizo igual a los pasos 2 y 3. Cada paciente lanzaba una vez, si lograba encestar pasaba al siguiente lugar de tiro, si fallaba cedía 	<p>pacientes y pasante en TO</p> <p>Materiales:</p> <p>Pelota de basquetbol.</p>	<p>actividad, si respetaba el turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
---	-----------------	---	---	--

		turno a siguiente paciente. Hasta completar el circuito.		
8. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.	Juego de ajedrez	El jugador con las piezas blancas siempre era el primero en mover cada jugador debía elegir el color que representara. Las blancas realizaban la primera jugada, seguida del primer movimiento de las negras, después mueven blancas de nuevo, y así sucesiva y alternativamente hasta el final de la partida.	Recursos: Humanos: pacientes y pasante en TO Materiales: Piezas de ajedrez y tablero.	Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones

<p>9. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>	<p>Juego de damas</p>	<p>El primero en empezar era quien tenga las fichas de color blanco.</p> <p>Los jugadores se irán alternando para mover las fichas y estas se movían una posición adelante en cada jugada, nunca hacia atrás. Podía moverlas también en diagonal hacia la derecha o a la izquierda, o a una posición paralela que esté vacía.</p> <p>Para comer las fichas del oponente, objetivo del juego, se podía comer varias en un mismo turno de forma diagonal. El único requisito era saltar</p>	<p>Recursos:</p> <p>Humanos:</p> <p>pacientes y pasante en TO</p> <p>Materiales:</p> <p>Fichas de dama y tablero.</p>	<p>Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
---	-----------------------	---	---	---

		<p>por encima de esa ficha para caer en la casilla siguiente que estaba vacía. Si el contrincante tenía varias fichas en diagonal, se las comía en un solo movimiento.</p> <p>Cuando una de las fichas debía llegar hasta la última fila del rival, esta se convertía en reina y se le colocaba otra ficha encima. Esa posición de reina le permitió moverse en diagonal por el tablero tanto hacia delante como hacia atrás. La reina también podía comer más de dos piezas seguidas en</p>		
--	--	--	--	--

		<p>todas las direcciones.</p> <p>Perderá la partida el jugador que se quede sin fichas en el tablero, o cuando las piezas estén bloqueadas si para cualquier movimiento que hiciera se las comía el oponente (fichas bloqueadas). En el caso de que los contrincantes tuvieran sus piezas bloqueadas en el tablero, ganaba quien tenía más fichas en ese momento.</p>		
10. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la actividad,	Juego de dominó	<p>Antes de comenzar, se contaba que hubiera 28 fichas de dominó, del doble blanco al doble seis.</p> <p>Colocaban las fichas de dominó de</p>	<p>Recursos:</p> <p>Humanos:</p> <p>pacientes y pasante en TO</p>	<p>Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el turno de los demás</p>

<p>secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>		<p>lado que no posee ningún punto sobre la mesa y con las manos mezclarlas bien para asegurarse que quedaban bien repartidas</p> <p>Para empezar, a cada jugador se le repartían 7 fichas y el resto se dejaban apartadas en la mesa. Una vez todos tenían 7 fichas, empieza el juego. O se repartían según el número de jugadores.</p> <p>Para jugar dominó, el primer jugador en salir es el que tenga el mayor doble, comenzando desde el 6/6 y hacia abajo. Ese jugador debía colocar</p>	<p>Materiales: Fichas de dominó.</p>	<p>pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
--	--	--	---	--

		<p>la pieza en el centro para empezar el juego.</p> <p>Se colocaba una ficha de valor similar junto a la primera ficha de dominó. El pasante en TO se aseguraba de que los valores iguales siempre se colocaran por la parte en la que coinciden. No importa en qué terminaban.</p> <p>Si no se tenía una ficha de dominó que correspondía a las que estaban en juego, el paciente debía tomar una de la pila de fichas que sobraron. Recordar: mantener las fichas de dominó ocultas de los</p>		
--	--	--	--	--

		<p>oponentes, esto era fundamental para que no descubran el juego.</p> <p>Si no hay más fichas de dominó que queden en el montón, cede el turno al siguiente jugador.</p> <p>Gana la partida la primera persona que se queda sin fichas de dominó.</p> <p>Fin de la partida si todo el mundo pasa, en cuyo caso el ganador es la persona con la puntuación más baja.</p>		
11. Mejorar la atención, iniciación y finalización de la	Juego de cartas "UNO"	El pasante en TO entregaba las cartas a uno de los pacientes, el debía repartir las cartas, y serán 7 cartas	Recursos: Humanos:	Se evaluó la disposición de pacientes al realizar la actividad, si respetaba el

<p>actividad, secuenciación, resolución de problemas, coordinación ojo mano, memoria y socialización entre pacientes y pasante en TO.</p>		<p>por jugador, empezando a jugar el jugador que estaba a la derecha del que ha repartido las cartas. Por turnos, se iban poniendo las cartas del mismo color o del mismo tipo encima de la mesa.</p> <p>En caso de que uno de los pacientes no tenía carta, debía tomar una carta de la baraja en el momento de su turno. Y si solo le quedaba una carta en la mano, a medida que avanzaba el juego, deberá de gritar ¡Uno! Y trataba de acabarse sus cartas lo antes posible.</p>	<p>pacientes y pasante en TO</p> <p>Materiales:</p> <p>Juego de cartas</p> <p>UNO</p>	<p>turno de los demás pacientes y si prestaba atención a las indicaciones</p>
---	--	---	--	---

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo y la ocurrencia de los hechos, la investigación fue de tipo:

- **Prospectivo:** Debido a que la información fue registrada según iban ocurriendo los hechos, ya que el tipo de estudio realizado permitió obtener datos actuales de la memoria documentada.

Según el periodo y la secuencia del estudio la investigación fue:

- **Transversal:** se realizaron actividades lúdicas grupales con pacientes que adolecen de esquizofrenia paranoide haciendo un corte en el tiempo durante el período comprendido de julio a diciembre de 2023.

Según el alcance de los resultados, la investigación fue:

- **Descriptiva:** Porque a través del procedimiento se logro conocer de manera precisa las características de la población, la magnitud que posee el estudio y los factores que pueden asociarse al problema.

POBLACIÓN Y MUESTRA

- **POBLACIÓN:** pacientes referidos a Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el período julio a diciembre de 2023.
- **MUESTRA:** La muestra de la investigación fue de pacientes que padecen de esquizofrenia paranoide del área de agudos hombres y mujeres que fueron referidos a Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el período julio a diciembre de 2023.

TIPO DE MUESTREO.

- **No probabilístico por conveniencia:** las muestras de la población se seleccionaron a aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión,

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes que fueron diagnosticados con esquizofrenia paranoide.
- ✓ Pacientes que fueron referidos a Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico Dr. José Molina Martínez.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que padecen otro tipo de esquizofrenia u otro diagnóstico psiquiátrico.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

TÉCNICAS:

- **Observación:** Partiendo de la observación y a la vez, por medio del conocimiento teórico para determinar la presencia de esquizofrenia paranoide.
- **Entrevista:** Se realizaron con el propósito de obtener información que brindaron los pacientes directamente o familiares como complemento para analizar e interpretar mejor la información del objeto de estudio.
- **Evaluaciones específicas de Terapia Ocupacional:** Por medio de estas, se identificaron actividades de interés con las cuales se logro brindar una intervención ocupacional de Ocio.

INSTRUMENTOS.

Diferentes Test de evaluación de Terapia Ocupacional.

MATERIALES.

Para realizar la intervención ocupacional de Ocio fue necesario emplear algunos materiales como: juegos de mesa entre ellos: juegos de memoria, rompecabezas, juegos de cartas, juegos de ajedrez, juego de damas, pelotas de básquetbol y futbol, colores, pintura, páginas de colores, tijeras, lápiz, pegamento y materiales decorativos.

PROCEDIMIENTO Y PLAN DE ANÁLISIS.

El desarrollo del trabajo se dividirá en dos momentos:

- **La fase de planificación:** Se basó en dialogar con el Jefe del área de Terapia Ocupacional para poder realizar mi pasantía profesional en dicha área, luego de la confirmación del jefe, se procedió a enviar una carta al director del hospital para que estuviera sabedor y brindara autorización a mi petición de realizar otros 6 meses en calidad de ad honorem para mi proceso de graduación la cual aprobó y firmo. Posteriormente, se procedió a la elección del tema de estudio, procediendo a la recolección de la información para la elaboración del trabajo, seguidamente la presentación del borrador del trabajo y posterior la entrega de este para luego seguir entregando avances de la investigación y se concluye con la entrega final de este.
- **La fase de ejecución:** Se comenzó con solicitar la autorización del Hospital para poder realizar la pasantía profesional y se espera la aprobación de la Universidad para poder realizar la ejecución de la investigación; con la obtención de esta, se comenzará a seleccionar la muestra mediante los criterios de inclusión y exclusión con la que se contara para la ejecución del plan de actividades, se procedió con el tratamiento que se realizo con los pacientes de lunes a viernes, seguido de eso, se aplicaron los instrumentos para conocer el estado del paciente durante el comienzo del tratamiento y controlar la evolución en cada sesión de la población de estudio; posteriormente se concluyo con la despedida de los pacientes. Seguidamente la actividad de finalización del trabajo se agruparon y estructuraron los datos

a obtener para realizar su análisis llamado procesamiento de la información con el propósito de responder al problema de la investigación y los objetivos. Como última instancia se presentan los resultados mediante y su respectiva interpretación. Con toda la información que fue recolectada, se formularon conclusiones satisfactorias para la investigación.

CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO.

Con el desarrollo de la pasantía profesional en el área de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” en el que se espera haber contribuido al beneficio de los pacientes por medio del tratamiento que se brinda a pacientes con distintos diagnósticos, pero principalmente poder evaluar, brindar atención y ver la evolución de los pacientes que padecen esquizofrenia paranoide, a su vez, motivar a los familiares de cada paciente atendido para trabajar en equipo y con ello mejorar en las áreas de desempeño del paciente y su calidad de vida. Considerando poder contribuir de manera positiva al tratamiento que proporciona el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”.

LIMITACIONES.

Algunas de las limitaciones que se presentaron al ejecutar el trabajo fueron:

- ✓ Que no se presentara hoja de referencia por parte de médicos psiquiatras para que pacientes asistan a Terapia Ocupacional.
- ✓ Comportamiento de paciente al asistir a Terapia Ocupacional.
- ✓ Condición climática lluviosa, ya que impedía desplazar pacientes hacia instalaciones de Terapia Ocupacional.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos en **INTERVENCIÓN OCUPACIONAL DE OCIO EN PACIENTES QUE ADOLECEN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DEL ÁREA DE AGUDOS HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ MOLINA MARTÍNEZ, DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2023.**

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE PACIENTES QUE PADECEN DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA
OCUPACIONAL

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	10	34%
MASCULINO	19	66%
TOTAL	29	100%

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en
Terapia Ocupacional por Estefany Barahona.

Interpretación

En la tabla anterior se presenta la distribución por sexo de pacientes atendidos, la cual demuestra mayor frecuencia de pacientes de sexo masculino con un (66%), debido a que parte de estos pacientes han adquirido una adicción durante su adolescencia y actualmente han sido ingresados en Hospital por vecinos o familiares los cuales describen que pacientes presentan cambios de humor y agresividad. Mientras que el sexo femenino con un (34%), la causa principal es debido a que pacientes dejan de tomar medicamento y presentan recaídas constantes.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE PACIENTES QUE PADECEN DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA
OCUPACIONAL

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21-30 años	8	28%
31-40 años	9	31%
41-50 años	8	28%
51-60 años	3	10%
61-más años	1	3%
TOTAL	29	100%

Fuente: Pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en Terapia
 Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Mayor parte de pacientes atendidos se encuentra en edades de 31-40 años con un (31%), seguido de edades entre 21-30 años y edades de 41-50 con un (28%), mayor parte de estos pacientes han sido ingresados en diversas ocasiones por no tomar de forma correcta el medicamento, manifiestan tener un familiar con diagnósticos psiquiátricos o ser los primeros en presentar un cuadro psiquiátrico.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN POR GEOGRAFÍA DE PACIENTES QUE PADECEN DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA
OCUPACIONAL

ÁREA GEOGRÁFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SAN SALVADOR	9	31%
SAN MIGUEL	3	10%
USULUTAN	1	3%
SONSONATE	1	3%
CHALATENANGO	2	7%
LA LIBERTAD	2	7%
CUSCATLAN	3	10%
MORAZAN	2	7%
AHUACHAPAN	1	3%
CABAÑAS	0	0%
LA PAZ	3	10%
SANTA ANA	0	0%
SAN VICENTE	1	3%
LA UNION	1	3%
TOTAL	29	100%

Fuente: Pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en Terapia

Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

La mayor parte de población atendida residen en la capital con un (31%), debido a trabajo o porque migraron para formar una familia o por causa de abandono de familiares. El (10%) de pacientes viven en el departamento de San Miguel, Cuscatlán y la paz, el (7%) residen en Chalatenango, La Libertad y Morazán y por último el 3% vive en el departamento de Usulután, Sonsonate, Ahuachapán, San Vicente y La Unión.

TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN DE PACIENTES QUE PADECEN DE
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA
OCUPACIONAL**

OCUPACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESION	2	7%
OFICIO	18	62%
ESTUDIANTE	1	3%
AMA DE CASA	6	21%
NO REALIZA NINGUNA OCUPACION	2	7%
TOTAL	29	100%

Fuente: Pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en Terapia
Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

De la población de pacientes atendida que padecen de esquizofrenia paranoide se presenta que la mayoría de ellos se dedican a realizar un oficio como la agricultura, electricista, mecánica, comercio, con un (62%), él (21%) de pacientes su ocupación es ser ama de casa, él (7%) de pacientes son profesionales y el otro (7%) no realiza ninguna ocupación debido al tiempo prolongado de ingreso en hospital y por último él (3%) son estudiantes de educación básica o superior.

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN POR FECHAS DE INGRESO Y SESIONES ASISTIDAS DE
 PACIENTES QUE PADECEN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
 ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

N° DE PACIENTE	DIAGNOSTICO	FECHA DE INGRESO	N° DE SESIONES ASISTIDAS	PORCENTAJE
N°1	Esquizofrenia Paranoide	17-jul-23	10	7%
N°2	Esquizofrenia Paranoide	19-jul-23	3	2%
N°3	Esquizofrenia Paranoide	24-jul-23	23	16%
N°4	Esquizofrenia Paranoide	24-jul-23	4	3%
N°5	Esquizofrenia Paranoide	26-jul-23	17	12%
N°6	Esquizofrenia Paranoide	24-jul-23	1	1%
N°7	Esquizofrenia Paranoide	20-jul	2	1%
N°8	Esquizofrenia	24-jul-23	1	1%

	Paranoide			
N°9	Esquizofrenia Paranoide	14-ago-23	8	5%
N°10	Esquizofrenia Paranoide	17-ago-23	1	1%
N°11	Esquizofrenia Paranoide	18-ago-23	6	4%
N°12	Esquizofrenia Paranoide	21-ago-23	1	1%
N°13	Esquizofrenia Paranoide	22-ago-23	2	1%
N°14	Esquizofrenia Paranoide	28-ago-23	3	2%
N°15	Esquizofrenia Paranoide	12-sep-23	4	3%
N°16	Esquizofrenia Paranoide	18-sep-23	1	1%
N°17	Esquizofrenia Paranoide	2-oct-23	1	1%
N°18	Esquizofrenia Paranoide	3-oct-23	2	1%
N°19	Esquizofrenia Paranoide	13-oct-23	13	9%

N°20	Esquizofrenia Paranoide	13-oct-23	5	3%
N°21	Esquizofrenia Paranoide	8-nov-23	3	2%
N°22	Esquizofrenia Paranoide	10-nov-23	8	5%
N°23	Esquizofrenia Paranoide	13-nov-23	2	1%
N°24	Esquizofrenia Paranoide	20-nov-23	2	1%
N°25	Esquizofrenia Paranoide	23-nov-23	4	3%
N°26	Esquizofrenia Paranoide	27-nov-23	10	7%
N°27	Esquizofrenia Paranoide	29-nov-23	4	3%
N°28	Esquizofrenia Paranoide	18-dic-23	4	3%
N°29	Esquizofrenia Paranoide	27-oct-23	1	1%
TOTAL			146	100%

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en

Terapia Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Del área de agudos hombres y mujeres los pacientes ingresados en ocasiones son 90 en total al mes, de ellos solo 10 son referidos a Terapia Ocupacional. Pacientes atendidos en Terapia fueron referidos en diversa fechas durante el desarrollo de la pasantía, aunque los pacientes habían sido ingresados con anterioridad de un mes, se espera a que el paciente esté estable e incluso el paciente solicite Terapia Ocupacional. El número de sesión dependía de la fecha de alta del paciente por lo cual algunos pacientes solo fueron atendidos una vez durante su ingreso en Hospital y a criterio de médico psiquiatra se refería como consulta externa a Unidad de Terapia Ocupacional.

TABLA N° 6

ACTIVIDADES COMO TRATAMIENTO, NÚMERO DE SESIÓN Y % DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES QUE PADECEN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

N° DE PACIENTE	ACTIVIDADES COMO TRATAMIENTO	N° DE SESION	% DE RECUPERACION
N°1	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, jenga, lotería, UNO, Juego de cartas, rompecabezas, domino, juego de secuencias, y básquetbol.	10	90%
N°2	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, rompecabezas, juego de secuencias.	3	80%
N°3	Actividad lúdica grupal: juego de secuencias, domino, jenga, memoria y asociación juego de cartas, lectura de libros, lotería, UNO.	23	90%

N°4	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación ,basquetbol, juego de secuencia, lotería ,UNO ,jenga y juego de cartas	4	80%
N°5	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación juego de secuencia, lotería, UNO, jenga, juego de cartas, domino, rompecabezas, ajedrez, damas chinas	17	90%
N°6	Actividad lúdica grupal: juego de futbol y basquetbol	1	80%
N°7	Actividad lúdica grupal: memoria, juego de secuencias, damas chinas y domino.	2	80%
N°8	Actividad lúdica grupal: Futbol y basquetbol	1	80%
N°9	Actividad lúdica grupal: lotería, juego de cartas, jenga, juego de memoria y asociación	8	90%

	damas chinas, básquetbol, domino y juego de secuencias		
N°10	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, lotería, jenga y juego de cartas	1	80%
N°11	Actividad lúdica grupal: juego de cartas, lotería, juego de secuencias, domino, juego de memoria y asociación, jenga, damas chinas, fútbol y rompecabezas	6	85%
N°12	Actividad lúdica grupal: jenga lotería juego de cartas	1	80%
N°13	Actividad lúdica grupal: domino, jenga, lotería juego de memoria y asociación, juegos de carta	2	80%
N°14	Actividad lúdica grupal: jenga, lotería juego de cartas, domino, damas	3	80%

	chinas, basquetbol		
N°15	Actividad lúdica grupal: memoria, y asociación ajedrez, UNO, rompecabezas, jenga, domino y basquetbol	4	85%
N°16	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación y lotería	1	80%
N°17	Actividad lúdica grupal: domino, jenga, y juegos de cartas.	1	80%
N°18	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, jenga, juegos de cartas, juego de secuencia y UNO	2	80%
N°19	Actividad lúdica grupal: jenga, domino, UNO, juegos de memoria y asociación, lotería, rompecabezas, damas chinas, ajedrez, juegos de secuencias y juegos de cartas	13	90%
N°20	Actividad lúdica grupal: jenga,	5	85%

	domino, UNO, juegos de memoria y asociación, lotería rompecabezas ,damas chinas, ajedrez, juegos de secuencias y juegos de cartas		
N°21	Actividad lúdica grupal: lotería, juego de cartas, jenga, juego de memoria y asociación	3	80%
N°22	Actividad lúdica grupal: lotería, juego de cartas, jenga, juego de memoria y asociación juegos de secuencia, basquetbol, rompecabezas, UNO y ajedrez.	8	90%
N°23	Actividad lúdica grupal: lotería, juego de secuencias, jenga y basquetbol	2	80%
N°24	Actividad lúdica grupal: jenga, juego de memoria y asociación, lotería UNO y domino.	2	80%

N°25	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación y lotería, domino, UNO, jenga, futbol y basquetbol.	4	85%
N°26	Actividad lúdica grupal: juegos de memoria y asociación, loterías juegos de carta, UNO, jenga, basquetbol, damas chinas y domino, juego de secuencias, rompecabezas	10	90%
N°27	Actividad lúdica grupal: juego de cartas, UNO, Basquetbol, rompecabezas, juego de secuencias y damas chinas.	4	85%
N°28	Actividad lúdica grupal: jenga, domino ,UNO, Juego de cartas, juego de secuencias, damas chinas, domino, rompecabezas y manualidad navideña	4	85%
N°29	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y	1	80%

	asociación, UNO y Juegos de cartas		
TOTAL		146	

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en
Terapia Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Pacientes recibieron atención de Terapia Ocupacional al ser referidos por médico psiquiatra al observar a paciente estable. Pacientes atendidos, realizaron diversas actividades lúdicas con el objetivo de mejorar o mantener la atención, memoria, inicio y finalización de una actividad, y mejorar en su área social y brindar un espacio para que su estancia en hospital fuera más cómoda y activa, se presentaron mejoras en su recuperación al recibir mayor número de sesiones de tratamiento como actividades grupales, como es el caso en pacientes que se logró una mejora en el porcentaje de recuperación con un 90%, 85%, 80% para el tiempo de evolución de la enfermedad.

RESULTADOS DE OTRAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS

TABLA N° 1

PACIENTES CON OTROS DIAGNÓSTICOS FRECUENTES ATENDIDOS EN
UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

OTROS DIAGNÓSTICOS	N° DE PACIENTES ATENDIDOS	PORCENTAJE
Trastorno Afectivo Bipolar	24	51%
Trastorno Mental Orgánico	16	34%
Retraso mental	7	15%
TOTAL	47	100%

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en
Terapia Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Durante el periodo de julio a diciembre 2023 se identificó que los diagnósticos con mayor frecuencia fueron Trastorno afectivo bipolar con un (51%), seguido de Trastorno Mental Orgánico con (34%) y por último (15%) Retraso Mental. La mayor parte de población que se atendió son adultos jóvenes que padecen de alguna adicción la cual da paso a desarrollar un diagnostico psiquiátrico en su mayor parte.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE PACIENTES CON OTROS
DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL**

SEXO			EDAD		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
			18-20 años	11	23%
			21-30 años	15	32%
FEMENINO	20	43%	31-40 años	11	23%
MASCULINO	27	57%	41-50 años	6	13%
TOTAL	47	100%	51-60 años	3	6%
			61-mas años	1	2%
			TOTAL	47	100%

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en

Terapia Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Pacientes atendidos con otros diagnósticos, de los cuales la mayor frecuencia de pacientes es de sexo masculino con (57%) y con un (43%) son pacientes de sexo femenino. Mayor parte de esta población se encuentra entre las edades de 21-30 años con (32%), seguido de las edades comprendidas entre 18-20 años y 31-40 años con (23%) estos pacientes han sido ingresados debido a que presentan adicciones, trabajos que requieren poco tiempo de descanso y mucha demanda laboral lo cual conlleva a recaídas constantes.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN POR ACTIVIDADES COMO TRATAMIENTO Y % DE
RECUPERACIÓN DE PACIENTES CON OTROS DIAGNÓSTICOS
ATENDIDOS EN UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

DIAGNOSTICO	N° DE PACIENTES ATENDIDOS	ACTIVIDADES COMO TRATAMIENTO	% DE RECUPERACION
Trastorno Afectivo Bipolar	24	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, jenga, lotería, UNO, Juego de cartas, rompecabezas, domino, juego de secuencias, damas chinas, ajedrez futbol y básquetbol.	90%
Trastorno Mental Orgánico	16	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, jenga, lotería, UNO, Juego de cartas, rompecabezas, domino, juego de secuencias, damas chinas, ajedrez futbol y básquetbol.	85%
Retraso Mental	7	Actividad lúdica grupal: juego de memoria y asociación, jenga, lotería, UNO, Juego de cartas, domino, juego de secuencias, futbol y	80%

		básquetbol.	
TOTAL	47		

Fuente: Registro de pacientes de Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez” atendidos en
Terapia Ocupacional por Estefany Barahona

Interpretación

Se realizaron diversas actividades lúdicas de manera grupal como tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos los cuales presentaron como resultado una mejora en su estado de ánimo, mejorando la percepción, cognición y la socialización. Pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar lograron una recuperación del (90%) del grupo de pacientes atendidos con tal diagnóstico, pacientes con Trastorno Mental Orgánico presentaron una mejora del (85%) y pacientes con Retraso Mental mejoraron un (80%) al recibir mayor número de sesiones de tratamiento.

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS SOBRE PACIENTES ATENDIDOS QUE PADECEN DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

En cuanto a resultados obtenidos sobre sexo y edad se demuestra que mayor parte de pacientes fueron de sexo masculino debido a que han sido ingresados como consecuencia de ingerir sustancias que provocan adicciones, lo que conlleva a realizar diversos actos en los cuales han intervenido las autoridades de seguridad, cumplen tiempo de sentencia y luego son referidos con pacientes psiquiátricos y esperan por una resolución del juzgado, por lo cual los rangos de edad más frecuentes se encuentran entre 31-40 años, otra razón por la cual parte de pacientes han sido ingresados en diversas ocasiones es debido a abandono del tratamiento farmacológico o dejan de tomar de forma correcta el medicamento.

Estos pacientes consideran que al estar expuestos a químicos como parte de sus herramientas de trabajo a lo largo de los años produjo en ellos desarrollar la enfermedad, ya que la ocupación con mayor porcentaje es oficio dentro de los cuales están albañil, mecánico, electricista, agricultor, comerciante, agente de seguridad, entre otros. Pacientes mencionan que se dedican a oficios desde juventud ya sea porque no se les brindó la oportunidad de estudiar, por decisión propia o porque toda la familia se dedica por generaciones a realizar un oficio. Pacientes que no realizan ninguna ocupación han sido ingresados desde hace años en hospital o son pacientes que no realizan ningún tipo de actividad debido a que familiares consideran que no son aptos para ayudar en alguna tarea en el hogar. La mayoría de pacientes residen en la capital debido a trabajo o porque migraron para formar una familia o por causa de abandono de familiares. Se presentaron casos en los cuales pacientes de otros

países han decidido residir en el país y se han alojado en diferentes departamentos, o por causa de una recaída y llegan a lugares del país los cuales desconocen y por ayuda de población han sido llevadas al Hospital para que sean atendidos, por lo cual su lugar de residencia ha sido por años el hospital sin poder contactar algún familiar.

Al realizar la intervención de ocio en pacientes en etapa aguda se observaron mejoras al recibir un mayor número de sesiones, en ocasiones solo se brindó un día de atención, debido a que eran dados de alta, en otros casos, pacientes que tienen años de ser ingresados en hospital no siempre se envían a Terapia ocupacional por causa de estado de ánimo, otra razón, es debido a que padecen de un diagnóstico asociado en el área física, en otros casos familiares exigían el alta. Por ello la recuperación de estos pacientes no es completa, pero se obtiene como resultado mejoras en las áreas de percepción, cognición, socialización. Pacientes se mostraron con disposición y participación al realizar actividades.

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS SOBRE OTRAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS

Otros pacientes atendidos presentaban diagnósticos diferentes, pero la mayor causa era debida a ingerir sustancias que producen adicción, otra causa el tipo de trabajo al cual se dedican el cual produce desvelo constantemente y no tomar de forma correcta el medicamento, otra razón fue debido a problemas familiares, amistades o relaciones de pareja, todos estos factores causaron que el sexo masculino fuera el más frecuente en ser atendido y comprendía las edades entre 21-30 años.

Se realizaron actividades lúdicas en las cuales los pacientes se presentaron motivados en algunas ocasiones, en otras consideraban que no eran actividades de su agrado o de su nivel de comprensión, se atendieron en repetidas ocasiones algunos de estos pacientes debido al recurrente ingreso durante el desarrollo de la intervención, ya que no había una mejora en la disciplina al tomar sus medicamentos, o por problemas familiares o con adicciones.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

De la población atendida en la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”, del mes de julio a diciembre 2023, presentaron ingresos en el área de agudos hombres y agudos mujeres con un total de 90 pacientes por mes, de los cuales en total 76 pacientes fueron referidos por el médico psiquiatra para brindarles atención en Terapia Ocupacional.

La mayor parte de pacientes atendidos pertenecen al sexo masculino con un (66%), En cuanto a edad, la más frecuente se encuentra entre 31-40 años. En distribución geográfica se encontró que mayor parte de pacientes residen en el departamento de San Salvador, con un (31%)

Dentro de las evaluaciones que se realizaron para dar una intervención integral se emplearon test de evaluación de Terapia Ocupacional en pacientes con trastornos psiquiátricos, para dar un mayor plan de tratamiento integral y así, disminuir su sintomatología, mejorar su calidad de vida y mantener su máxima funcionalidad.

En Terapia Ocupacional la modalidad de intervención más utilizada fueron las actividades de cognición, ya que les permitía a los pacientes socializar y como parte de la evaluación se observa el inicio y finalización de una actividad, mejora la memoria, atención, orientación, ,secuenciación resolución de problemas, fomentar la independencia en la actividad de arreglo personal, realizar actividad física, lo cual ayudaba a mejorar su estancia dentro de hospital, mejorar su autoestima, brindando

herramientas al momento de ser dado de alta e integrarse a las actividades de vida cotidiana.

Otras patologías atendidas

Se realizó abordaje de otros diagnósticos psiquiátricos de los cuales las más frecuentes fueron Trastorno Afectivo Bipolar con (51%), Trastorno Mental Orgánico (34%) y Retraso Mental (15%). En cuanto a pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos el sexo masculino presenta mayoría con un (57%). El rango de edades en las que se encuentran estos pacientes es de 21-30 años con un (32%) La mayor parte de población que se atendió son adultos jóvenes que padecen de alguna adicción la cual da paso a desarrollar un diagnóstico psiquiátrico en su mayor parte.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- En los meses comprendido de julio a diciembre 2023 se han atendido una población de 76 pacientes a los cuales se les brindó atención en Terapia Ocupacional, viendo a bien la contratación de más recursos humanos de Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales destinados específicamente a la atención de esta población y actualizar diferentes herramientas como lo son las fichas de evaluación y recursos materiales, así como humanos en el área de limpieza, destinadas a la Unidad de Terapia Ocupacional.
- Dar seguimiento continuo y realizar interconsultas en el Sistema Integral de Salud (S.I.S), y la mejora de un sistema de referencia en consulta externa para la intervención de Terapia Ocupacional, ya que se observó que pacientes regresan a unidad en momentos de percibir recaída por voluntad propia.
- Se considera importante Implementar medidas de difusión y promoción como charlas educativas sobre la atención de Terapia Ocupacional en las enfermedades psiquiátricas para las diferentes áreas hospitalarias.
- Aperturas de espacio para brindar atención de Terapia Ocupacional en áreas de Hospital General.

- Se recomienda incluir la atención de Terapia Ocupacional a visitas domiciliarias para llevar un proceso continuo, desde que se presenta al hospital hasta su alta hospitalaria.
- Considerar a los pacientes ambulatorios que realizan retiro de medicamentos, los cuales se les pueda dar atención integral en consulta externa de Terapia Ocupacional.
- Ofrecer capacitaciones continuas, como diplomados, maestrías, a profesionales en Fisioterapia y Terapia Ocupacional enfocados en Enfermedades Psiquiátricas, lo cual es un tipo de condición de salud que existe en nuestro país y nivel mundial.
- Se considera importante retomar programas dirigidos a pacientes con enfermedad psiquiátrica como lo es el área de sub agudos, en los cuales los pacientes eran alojados por 3 meses realizando sus AVD, asistiendo a Terapia Ocupacional para orientarlos en actividades productivas y que al salir se sintieran en la capacidad de adquirir un trabajo.
- Implementar programas educativos dirigidos a familias, amigos y personas en general, sobre las enfermedades psiquiátricas y orientar sobre algunas manifestaciones que indican algún cambio en el familiar o persona que padece de una enfermedad psiquiátrica para brindar una atención oportuna y

hacer énfasis en que la familia, amigos o personas de confianza son un factor importante para la mejora del paciente en algunos casos.

- Elaborar programas y solicitar colaboración de empresas en las cuales puedan brindar oportunidad laboral a pacientes con enfermedad psiquiátrica
- A pacientes con enfermedad psiquiátrica, hacer conciencia y énfasis en cumplir con los horarios indicados en los cuales debe ingerir los medicamentos de forma correcta, implementar tiempo en actividades sanas, de su agrado, crear hábitos sanos, como dormir las 8 horas, alimentarse de forma saludable, buscar asistencia médica o psicológica si la necesita para evitar recaídas.

FOTOGRAFIAS



Celebración del día del Hospital 24 de Octubre 2023.



Celebración del día de la Salud Mental 10 de Octubre 2023.



Intervención ocupacional de ocio, realizando actividades lúdicas grupales a través de juegos de memoria y asociación. Agosto 2023. Por Estefany Barahona.



Intervención Ocupacional de Ocio, realizando actividades lúdicas grupales a través de juegos de lotería. Agosto 2023. Por Estefany Barahona.



Intervención de Terapia Ocupacional con Arte terapia en Consulta Externa. Septiembre 2023. Por Estefany Barahona.

ANEXO 2. TEST DE VERIFICACION DE INTERESES

Nombre:	No. Expediente
Sexo:	Edad:
Fecha de Evaluación:	Diagnóstico:
Evaluador:	

Este formulario proporciona información al terapeuta acerca de aquellas actividades que usted ha disfrutado en el pasado o aquellas actividades que usted espera disfrutar en el futuro. Algunas de estas actividades o parte de ellas pueden ser incorporadas en su programa de terapia.

Indicaciones: coloque un cheque en la columna que mejor describa el grado de interés para cada actividad.

Clave de los intereses:

Fuerte: ha disfrutado o le gusta realizar esta actividad	Pasado: la realizo antes de su afección
Ligero: tiene poco interés en esta actividad	Presente: la realizo en este momento
Nulo: no tiene ningún interés por la actividad	Futuro: le gustaría realizarla en un futuro

Actividad	Fuerte	Ligero	Nulo	Pasado	Presente	Futuro
<input type="checkbox"/> Juego y Actividades bajo techo						
1. Jugar naipes						
2. Jugar damas						
3. Jugar ajedrez						
4. Crucigramas						
5. Juego de dados						
6. Escuchar música						
7. Ver televisión						
8. Deportes bajo techo						
9. Juegos en computadora/nintendo						
10. Ver películas						
11. Jugar billa						
12. Bailar						
13. Armar rompecabezas						
14. Jugar a los Acertijos						
15. Otros						
<input type="checkbox"/> Deportes / actividades al aire libre						
1. Atletismo						
2. Patinar						
3. Juegos de bolsas o sacos						
4. Gimnasia						

5.Competencias en silla de ruedas						
6.Juegos de raqueta tenis/ping-pong						
7.Competencias de tiro						
8.Baloncesto						
9.Voleibol						
10.Futbol						
11.Softbol						
12.Beisbol						
Actividad	Fuerte	Ligero	Nulo	Pasado	Presente	Futuro
13.Caminar						
14.Deportes Acuaticos						
15.Otros						
Arte /Oficio						
1.Tejer / bordar						
2.Pintar / dibujar						
3.Hacer joyas						
4.Trabajar en cuero						
5.Escribir a maquina						
6.Hacer mosaicos						
7.Alfarería/cerámica						
8.Coser a mano/maquina						
9.Trabajar madera (carpintería)						
10.Reparación de aparatos electricos						
11.Macramé						
12.Tocar instrumentos musicales						
13.Otros						
Cultura / Educación						
1.Drama/ Escribir obras creativas						
2.Historia						
3.Idiomas						
4.Música / Instrumentos						
5.Política						
6.Lectura						
7.Cantar o actuar en operas						
8.Asistir a exposiciones						
9.Otros						
Actividades y Pasatiempos						
1.Antiguedades						
2.Reparación de vehículos						
3.Colección de objetos(monedas, etc)						
4.Pesca						
5.Jardinería						

6.Reparación de cosas						
7.Trabajos Mentales						
8.Cuido de Mascotas						
9.Tomar fotografías						
10. Otros.						
Actividades Sociales						
1.Asistir a conciertos						
2.Estar en conversaciones						
3.Estar en discusiones						
4.Bailar						
5.Beber o estar en hoteles/bares						
6.Entretimiento o fiestas						
7.Estar de vacaciones						
8.Pasear en el campo						
9.Estar en asociaciones						
10. Viajar (bus, tren, avión, auto, etc.)						
11.Otros						
Personal						
1.Estar solo						
2.Ropas						
3.Conducir						
4.Arreglo personal						
5.Relacionarse						
6.Relajarse						
7.Religión						
8.Trabajo Voluntario						
9.Empleo						
10.Otros						
Actividades Domésticas especifique:						
1.						
2.						
3.						
General:						
1. ¿Cuánto tiempo a la semana emplea en sus aficiones en sus momentos de ocio?						
2. ¿Cree usted que es suficiente tiempo?						
3.Comentarios/observaciones						

ANEXO 3. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL: OCUPACIONES

FICHA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Nombre	Edad	Fecha
Sexo	Ocupación	

AVD: se define como actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo. Aquí incluyen las siguientes categorías de actividad
Utilizando la Escala FIM (Escala de Independencia Funcional)

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Escala de Valoración								OBSERVACIONES
	0	1	2	3	4	5	6	7	
1. Baño/ducha									
2. Control de Esfínteres intestinal y vesical									
3. Vestido									
4. Comer									
5. Alimentación									
6. Movilidad funcional									
7. Cuidado de los dispositivos personales									
8. Higiene y Aseo personal									
9. Actividad sexual									
10. Sueño/descanso									
11. Higiene en el baño									

Clave de evaluación:

0: no aplicable al paciente, no es responsable de estas tareas	4: asistencia mínima/ semidependiente, supervisión intermitente desempeña el 75% o más
1: dependiente (desempeña un 25% o menos)	5: independiente con control, supervisión distante
2: asistencia máxima/ semidependiente no puede dirigir su cuidado desempeña del 25% al 50%	6: independiente con equipamiento, ambiente adaptado o modificado
3: asistencia moderada /semidependiente supervisión continua desempeña del 50 al 75%	7: independiente

ANEXO 4. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL: OCUPACIONES

FICHA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Nombre	Edad	Fecha
Sexo	Ocupación	

AIVD: Se definen como actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja. Incluye las categorías Utilizando la Escala FIM (Escala de Independencia Funcional)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	Escala de Valoración									OBSERVACIONES
	0	1	2	3	4	5	6	7		
1.Cuidados de otros										
2.Cuidados de mascotas										
3.Crianza de niños										
4.Uso de dispositivos de comunicación										
5.Movilidad en la comunidad										
6.Administración económica										
7.Salud y mantenimiento										
8.Establecimiento y administración del hogar										
9.Preparación de las comidas y limpieza										
10.Procedimientos de seguridad y respuesta a emergencias										
11.Compras										

Clave de evaluación:

0: no aplicable al paciente, no es responsable de estas tareas	4: asistencia mínima/ semidependiente, supervisión intermitente desempeña el 75% o más
1: dependiente (desempeña un 25% o menos)	5: independiente con control, supervisión distante
2: asistencia máxima/ semidependiente no puede dirigir su cuidado desempeña del 25% al 50%	6: independiente con equipamiento, ambiente adaptado o modificado
3: asistencia moderada /semidependiente supervisión continua desempeña del 50 al 75%	7: independiente

ANEXO 5. TERAPIA OCUPACIONAL

EVALUACION MOTORA Y NEUROMUSCULAR

Paciente _____ Dx _____ T.O. _____
 fecha _____

Escala de valoración (tomando los calificadores del CIF)

0 SD Sin Deficiencia	1 DL Deficiencia Leve	2 DM Deficiencia Moderada
3 DG Deficiencia Grave	4 DC Deficiencia Completa	5 NA No Aplica

Aspectos a Evaluar NEUROMUSCULAR	REGION					CALIFICADOR						Observación	
	MS I	MS D	MI I	MI D	Tronco	0 SD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	5 NA		
<input type="checkbox"/> Reflejos													
<input type="checkbox"/> Arcos de movimiento													
<input type="checkbox"/> Tono muscular													
<input type="checkbox"/> Fuerza													
<input type="checkbox"/> Resistencia													
<input type="checkbox"/> Control postural													
<input checked="" type="checkbox"/> Enderezamiento													
<input checked="" type="checkbox"/> Equilibrio													
<input type="checkbox"/> Alineación postural													
<input type="checkbox"/> Integridad de los tejidos blandos													
MOTOR													
<input type="checkbox"/> Tolerancia													
<input type="checkbox"/> Coordinación: Gruesa													

▪ Coordinación Fina													
✓ ocular													
✓ ojo-mano													
✓ ojo-pie													
▪ Coordinación dinámica manual													
▪ Destreza													
▪ Lateralidad (dominancia)													
▪ Integración bilateral													
▪ Control motriz (patrones de movimiento anormales)													
▪ Praxias													
▪ integración viso motriz													
▪ control oral motriz													
▪ evaluación funcional /déficit funcional													
Evaluación funcional Mano Prensiones				Dcha	Izqda	0 SD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	5 NA	Observación	
FINAS:													
1. Bidigitales:													
▪ Término pulpejo													
▪ Pulpejo lateral													
▪ Pulpejo – pulpejo													

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Latero lateral 									
<p>2. Tridigitales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pulpejo índice pulgar-lateral dedo medio ▪ lateral pulgar.medio y pulpejo índice <p>GRUESAS:</p>									
<p>1. Tetradigitales</p>									
<ul style="list-style-type: none"> ▪ palmar o de gancho ▪ pulgar- dedos, pulpejo.pulpejo ▪ pulpejo pulgar.índice y medio, lateral anular ▪ pulpejos pulgar-índice-medio-anular 									
<p>2. Pentadigitales</p>									
<ul style="list-style-type: none"> ▪ palmar cilíndrica ▪ palmar esférica ▪ pulpejo esférica 									

ANEXO 6. TERAPIA OCUPACIONAL FICHA DE EVALUACION DE PERCEPCIONES

Paciente _____ Dx _____ T.O. _____
 fecha _____

Escala de valoración (tomando los calificadores del CIF)

0 SD Sin Deficiencia	1 DL Deficiencia Leve	2 DM Deficiencia Moderada
3 DG Deficiencia Grave	4 DC Deficiencia Completa	5 NA No Aplica

Tipo de Percepción	Calificador						observaciones
	0 SD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	5 NA	
1. Percepción Auditiva							
2. Percepción Gustativa							
3. Percepción Olfativa							
4. Percepción Táctil							
❖ Esterognosia							
▪ Distinción de peso							
▪ Distinción de tamaño							
▪ Distinción de textura							
▪ Distinción de forma							
▪ Grafestesia							
5. Percepción Visual							
▪ Conciencia corporal							
▪ Imagen corporal							
▪ Concepto corporal							
▪ Esquema corporal							
✓ En el mismo							
✓ En otra persona							
✓ En un muñeco							
✓ En un dibujo							
✓ En un rompecabezas							

a.Posición espacial Arriba-abajo Atrás adelante Izquierda –derecha Dentro-fuera b.Relación espacial o visual Arriba de-abajo de Atrás de - adelante de Izquierda de – derecha de Dentro de – fuera de c. Constancia Perceptual							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamaño 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Color 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forma 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brillo 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posición 							
d. Figura Fondo							
e. Coordinación oculo motriz							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimiento ocular ▪ Ojo mano ▪ Ojo pie 							

ANEXO 7. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL EVALUACION DE LA COGNICION

Paciente _____ Dx _____ T.O. _____
 fecha _____

Escala de valoración (tomando los calificadores del CIF)

0 SD Sin Deficiencia	1 DL Deficiencia Leve	2 DM Deficiencia Moderada
3 DG Deficiencia Grave	4 DC Deficiencia Completa	5 NA No Aplica

Aspecto Cognitivo a Evaluar	Calificador						observaciones
	0 SD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	5 NA	
1. Nivel de Excitación							
2. Orientación							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persona ▪ Lugar ▪ Tiempo 							
3. Reconocimiento							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caras ▪ Objetos ▪ Otros materiales 							
4. Atención							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntaria ▪ Involuntaria 							
5. Memoria							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmediata ▪ Reciente (corto plazo) ▪ Largo Plazo 							
6. Secuenciación							
7. Categorización							
8. Formación de conceptos							
9. Operaciones intelectuales							
<ul style="list-style-type: none"> a. Análisis b. Síntesis c. Comparación d. Generalización e. Sistematización 							
<ul style="list-style-type: none"> f. Abstracción g. Concreción h. Concepto 							
<ul style="list-style-type: none"> i. Juicios j. Flexibilidad mental 							
10. Resolución de problemas							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocerlo ▪ Identificar el problema ▪ Organizar pasos plan ▪ Seguimiento plan 							

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de resultados 							
11. Aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habitacional ▪ Asociación 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clásico ▪ Operante ▪ Cognitivo ▪ Latente ▪ Observación ▪ Generalización 							
12. Lenguaje <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oral ▪ Escrito 							
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mimico 							

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES.**

Semanas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Actividades	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1. Reunión con docente asesor para el proceso de grado.						
2. Revisión del plan de acción y devolución de observaciones.						
3. Entrega del plan de acción con las observaciones.						
4. Solicitud de pasantía profesional en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez						
5. Aceptación de pasantía profesional en el Hospital Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez						
6. Aprobación del plan de acción.						

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS.

Semanas	1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				1 2 3 4				Responsable								
Actividades	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE								
1. Evaluación inicial.																													Estefany Díaz
2. Recolección de información de los pacientes que formaran parte de la muestra.																													Estefany Díaz
3. Tratamiento a los pacientes.																													Estefany Díaz

RECURSOS.**• Materiales:**

Cantidad	Descripción	Precio unitario	Precio total
2 resma	Paginas de colores	\$8.00	\$16.00
15	Lápiz	\$1.75	\$3.50
5 cajas	Colores	\$1.15	\$4.60
15	Tijeras	\$0.68	\$10.20
5	Juego de memoria	\$6.00	\$30
5	Rompecabezas	\$3.50	\$17.50
1 docena	Cartulina	\$0.20	\$2.40
5 cajas	Plumones	\$3.60	\$18.00
	Papeles de diferente tipo para decorar	\$1.69	\$20.28
1 resma	Hojas de evaluación	\$6.00	\$6.00
1	Impresión de protocolo	\$4.00	\$4.00
1	Impresión de documento final	\$6.00	\$6.00
1	Ejemplar	\$6.00	\$6.00
10% de imprevistos			\$144.48
			14.48
			Total

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillen, Mónica, Retratos de la esquizofrenia [Internet]. Séptimo Sentido. 2019. Disponible en: <https://7s.laprensagrafica.com/en/retratos-de-la-esquizofrenia/>
2. Moreno, Rosa Ovejero. Trabajo Fin de Grado [Internet]. [Citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/117864/files/TAZ-TFG-2022-1002.pdf>
3. Tamminga C. Esquizofrenia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/esquizofrenia-y-trastornos-relacionados/esquizofrenia>
4. Velazco Fajardo Y, Quintana Rodríguez I, Fernández Romero M de la C, Alfonso Fernández A, Zamora Lombardía E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2018 Aug 1;40(4):1163–71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400022
5. World Health Organization: WHO. Esquizofrenia [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
6. Esquizofrenia - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. [citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/diagnosis-treatment/drc-20354449>
7. Marco de trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso [Internet]. accounts.google.com. [citado 1 Julio 2023]. Disponible en: <https://classroom.google.com/u/0/c/NjE1NTA5NzI5OTQ2/m/NjE1NjQ4NzIwMjAz/detils>
8. Rodríguez, Celia Fernández Terapia ocupacional en salud mental [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019. Disponible en: <https://revistamedica.com/terapia-ocupacional-salud-mental/>
9. Morales M, Bravo I. EL OCIO TERAPÉUTICO EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL [Internet]. [citado 1 de Julio 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2756889.pdf>
10. Susana Gorbeña Etxebarria (editora) [Internet]. Disponible en: <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio14.pdf>
11. Polo Cristina Fontelo Intervención terapéutica mediante el Ocio y Tiempo Libre con Personas con Enfermedad Mental [Internet]. zaguan.unizar.es. 2014; [citado 1 Julio2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/14446/files/TAZ-TFG-2014-595.pdf>
12. Del Rey Ochoa Alba, Propuesta de Intervención de Terapia Ocupacional para personas con esquizofrenia [Internet].. dspace.umh.es. 2021; [citado 1 Julio

2023]. Disponible en:
<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/8645/1/DEL%20REY%20OCHOA%20c%20ALBA.%20TRABAJO%20FIN%20DE%20GRADO%20TERAPIA%20OCCUPACIONAL%202020-2021.pdf>