

170

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

"DESEMPEÑO DE LAS HABILIDADES OCUPACIONALES DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS A TRAVES DE UN
PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CLARISA LEAÑOS GUERRERO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. CLAUDETTE DUDET LIONS
REVISORA: LIC. YOLANDA BERNAL ALVAREZ
COMITE: LIC. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL
DR. JOSE ANTONIO TALAYERO URIARTE
LIC. MARITZA MARTINEZ CARDENAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



AGOSTO, 2002

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESTIMONIOS DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

Esquizofrenia, palabra que aturde y asusta. Sin embargo que lejana actitud, puesto que en realidad tan solo es un estigma social.

José Eduardo
Pasante de periodismo

La esquizofrenia es una enfermedad que se supera con el tiempo y algo que ayuda mucho es una ocupación.

Eduardo
Ingeniero civil

Es difícil darse cuenta de que tienes una enfermedad mental, de que ya no eres el mismo. Hay que seguir adelante, la vida sigue y se tiene que vivir con esperanza.

Arturo
Estudiante de arquitectura

ESTADO LIBRE Y SOBERANO
AUTONOMIA DE MEXICO.



2

COLEGIO PROFESIONALES
DE PSICOLOGIA.

Esta tesis se la dedico a mis padres con todo mi amor a la Sra. Zenaida Guerrero Díaz y al Prof. David Leños Navarro que siempre me alentaron a seguir y sé que esperaron pacientemente.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Nacional de Psiquiatría la oportunidad que me han brindado en mi formación como Psicóloga y muy especialmente a la Dra. Leonila Rosa Díaz Martínez Coordinadora del Programa de Rehabilitación del paciente esquizofrénico por su amistad y ayuda incondicional en la elaboración de esta tesis.

A la Mtra. Claudette Dudet Lions le agradezco todas sus asesorías y le reitero mi respeto y mi admiración por su valiosa ayuda.

A la Mtra. Yolanda Bernal Alvarez por todas las revisiones y de quien obtuve una valiosa retroalimentación.

Y muy especialmente agradezco a mi padre el Prof. David Leañes Navarro, todas sus enseñanzas. Lamento mucho no haberla terminado antes ¡cómo me hubiese gustado que estuvieras conmigo!

A mi mamá la Sra. Zenaida Guerrero Díaz por su dedicación y enseñanzas ¡gracias por ser la guía de mi vida y por estar conmigo!

A mi esposo Agustín por todo el apoyo en el cuidado de las niñas mientras yo estudiaba ¡gracias por tu paciencia, dedicación y amor!

A mis hijas, quienes son la fuerza que me impulsa a continuar para seguir superándome en la vida, a la pequeña Nadia Constanza y a Tania Clarisa quien fue la principal motivación para continuar con mis estudios.

A mis hermanos David, Salvador, Jesús, Javier, Sonia, Rosalba, Raúl Octavio, y Angélica ¡gracias por siempre estar a mi lado y por creer en mí!

A todos mis familiares que me iría al infinito y más allá si los menciono, ya que permanentemente han estado muy unidos a mí y me han alentado a continuar con este proyecto, les agradezco todas sus amables palabras y muestras de cariño.

A los pacientes y a sus familiares por su participación en el proyecto puesto que son parte fundamental de esta tesis. A través de los cuales he comprendido que la meta común de los pacientes con una enfermedad mental es la integración social.

La solución a los problemas psíquicos y emocionales de las personas son parte fundamental del progreso de la humanidad.

INDICE

Resumen	8
Introducción y Justificación	12
CAPITULO 1. Esquizofrenia	16
1.1 Curso	23
1.2 Prevalencia e incidencia	23
1.3 Tratamiento farmacológico	24
1.4 Alternativas psicológicas	26
CAPITULO 2. Rehabilitación	29
2.1 Terapia Ocupacional	32
CAPITULO 3. Proceso Metodológico	36
3.1 Planteamiento del problema	35
3.2 Objetivo General	36
3.3 Definición conceptual de variables.	36
3.4 Características de la muestra o población.	38
3.5 Tipo de investigación	39
3.6 Muestreo.	39
3.7 Instrumentos y/o materiales	39
3.8 Procedimiento	41
CAPITULO 4. Resultados	43
4.1 Características demográficas de los pacientes.	43
4.2 Comportamientos sociales	48
4.3 Destreza en el trabajo	51
4.4 Fiabilidad	53
4.5 Ampliación	54
4.6 Percepción del familiar	56

CAPITULO 5. Discusión y conclusiones	58
5.1 Limitaciones	62
5.2 Sugerencia	62
5.3 Aportaciones	63
Referencias bibliográficas	65
Anexos	72
Escala de evaluación de comportamientos sociales en un ambiente laboral (ECSAL)	74
Escala de comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar (ECOH)	76

"DESEMPEÑO DE LAS HABILIDADES OCUPACIONALES DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL"

RESUMEN

Una enfermedad como la esquizofrenia provoca un fuerte impacto en el deterioro funcional de la persona que la padece, tanto en lo físico como en lo afectivo, intelectual, social, familiar y laboral (Carpeter, 1993); por lo que es importante la búsqueda de alternativas psicológicas para poder ayudar al paciente a tener una vida productiva y alejada de los síntomas propios de la enfermedad. Los síntomas negativos (que son los que conducen al deterioro) como los defectos de socialización, los trastornos del afecto y la improductividad. El afán de producir, de generar, de crear, suelen estar ausentes en los pacientes esquizofrénicos que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose de manera progresiva en improductivos. Existe un nexo muy claro entre esta improductividad, las características de su vida afectiva y sus motivaciones, que junto con sus defectos de socialización suelen dar el cuadro clínico típico (Kaplan y Sadok, 1996).

La terapia ocupacional desde el punto de vista teórico se sustenta en un principio básico que rigen las ciencias psicopedagógicas, y concretamente en un proceso de enseñanza aprendizaje en el que el terapeuta (maestro) enseña al enfermo (alumno) a ejecutar una actividad productiva o socialmente útil que contribuyan a su rehabilitación psicosocial; y el paciente aprende hábitos laborales y normas de comportamiento psicosocial adecuados, que empleará tanto en el medio institucional como en su entorno familiar, (Ordaz, 1991).

El objetivo de la presente investigación fue dar a conocer la evaluación del programa de terapia ocupacional a través del trabajo de los pacientes esquizofrénicos. Esta evaluación abarcó 4 aspectos: a) comportamientos sociales en un ambiente laboral, definidos como las reacciones o conductas frente al trabajo a los compañeros y al terapeuta; b) destreza en el trabajo, definida como la capacidad que tiene el paciente para realizar el trabajo asignado; c) fiabilidad, definido como lo confiable que es el paciente para captación, recuerdo y ejecución de instrucciones para la realización del trabajo; y d) ampliación, definida como lo constante que es el paciente para la realización del trabajo o lo abandona y lo deja para después.

Se evaluaron a 48 pacientes esquizofrénicos crónicos, estables y ambulatorios que participaron en el programa de Rehabilitación Integral del Instituto Mexicano de Psiquiatría. La evaluación consistió en observar si los pacientes tenían algún cambio favorable en los comportamientos antes descritos cuando realizaban trabajos manuales, mediante un estudio observacional y exploratorio con un diseño longitudinal en un periodo de 6 meses una vez por semana. Después de cuatro sesiones la información se concentró en evaluaciones mensuales, los pacientes se dividieron en dos grupos de hora y media cada grupo.

Los registros fueron realizados por la terapeuta y coterapeuta dentro de las sesiones y se dio un tiempo después de cada sesión para discusión de los registros entre ambas evaluadoras apoyándose en video grabaciones de las sesiones terapéuticas, registrando la información en la Escala de evaluación de Comportamientos Sociales en un ambiente laboral (ECSAL), estos registros se hicieron a lo largo de los 6 meses que duró el programa con la finalidad de apreciar los cambios en los 4 aspectos mencionados con anterioridad al inicio y al final del programa.

A los familiares se les aplicó la escala de Comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar (ECOH) este es un instrumento del programa de terapia ocupacional. Esta escala tiene como objetivo conocer el desempeño ocupacional de los pacientes dentro del hogar a través del familiar responsable.

Estas escalas fueron desarrolladas y validadas para este programa (Leaños, 1998).

El análisis de datos se hizo a través de la prueba t de Student de pares simples para comparar los resultados de una prueba con los resultados de una postprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes. El análisis de los datos demográficos fue a través de estadística descriptiva; frecuencias y porcentajes.

Los resultados obtenidos pueden resumirse de la siguiente manera:

Dentro de las sesiones terapéuticas se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cuatro aspectos evaluados, en los comportamientos sociales las diferencias fueron $P < .000$, en la destreza en el trabajo con $P < .000$, en la fiabilidad con $P < .000$ y en la ampliación con $P < .004$, lo cual habla de que los pacientes presentaron cambios favorables en la capacidad para adaptarse a un medio laboral (ver cuadro 5).

En las evaluaciones hechas por la familia los resultados no fueron tan alentadores no se encontraron diferencias significativas en las 4 áreas evaluadas sin embargo los rangos de calificación variaron de la evaluación de ingreso a la evaluación de egreso, si bien no se encontraron diferencias significativas si se pudieron observar cambios favorables en la percepción que tiene el familiar de su paciente en cuanto a sus comportamientos sociales, en el desempeño de las actividades, en la fiabilidad y en la responsabilidad (ver cuadro 6).

Estos análisis serán expuestos más ampliamente en el capítulo de resultados.

INTRODUCCION

La esquizofrenia es considerada como el más severo de los trastornos mentales DSM-IV (1995), se presenta con una alta frecuencia en la población en general, alrededor del 1% (Caraveo, 1996). Las características de esta enfermedad se manifiestan a través de una disfuncionalidad cognoscitiva y emocional donde están implicados por un lado los procesos básicos del comportamiento como son la percepción, el pensamiento, el lenguaje y la comunicación y, por otro lado, lo que se refiere a la voluntad, la motivación y la afectividad. Una de las primeras manifestaciones de esta enfermedad es el aislamiento social, revelando soledad, desesperanza y miedo (Kolb, 1976).

La esquizofrenia es una enfermedad mental, generalmente crónica, progresiva y que provoca deterioro en los procesos de la adaptación psicológica individual, familiar, laboral y social, en la que se han documentado anomalías en el desarrollo del cerebro y de los procesos cognoscitivos; se caracteriza por un cortejo sintomático muy variado. La esquizofrenia según el DSM-VI se compone de a) síntomas positivos como son las alteraciones del pensamiento (delirios o ideas delirantes), del lenguaje, de la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones), del juicio (pérdida total o parcial del contacto con la realidad) y de la función motora (manerismos y estereotipias) y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones normales y b) síntomas negativos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales en el ámbito de la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y del pensamiento y el lenguaje (alogia), y en la iniciativa y persistencia en actividades dirigidas a un fin (abulia) y la productividad.

Se sabe que hoy por hoy no hay cura definitiva para la esquizofrenia sin embargo, en la actualidad, la atención del paciente esquizofrénico es cada día más integral, se cuenta con tratamientos medicamentosos que mejoran en gran

medida los síntomas positivos, además de tratamientos psicológicos que se han descrito como métodos activos de tratamiento con una profunda justificación psicológica como es el caso de la Terapia Ocupacional (Clark y Stafford, citado en McDonals, 1972), (Ordaz, D., 1991).

La misión de la Terapia Ocupacional consiste en ayudar al paciente a través de una valoración cuidadosa de su problema y de la utilización de las situaciones y actividades apropiadas, a recuperar o desarrollar su competencia (Fiske y Maddi, 1961). Estas competencias son en los aspectos físico, psicológico, social y económico de su vida, para comunicarse, para establecer adaptaciones y relaciones personales, para llegar a adaptarse a su trabajo y estar capacitado para desempeñarlo, para disfrutar de sus diversiones, así como, competencia para ocupar en la vida su lugar apropiado en la forma más conveniente.

La terapia ocupacional desde el punto de vista teórico se sustenta en un principio básico que rigen las ciencias psicopedagógicas y, concretamente, en un proceso de enseñanza aprendizaje en el que el terapeuta (maestro) enseña al enfermo (alumno) a ejecutar una actividad productiva o socialmente útil que contribuyen a su rehabilitación psicosocial, el paciente, aprende hábitos laborales y normas de comportamiento psicosocial adecuados, que empleará tanto en el medio institucional como en su entorno familiar (Ordaz, 1991).

El sólo hecho de que el paciente realice una actividad productiva, por sí mismo, es fuente de autosatisfacción, aumenta la propia estima aunada al reconocimiento social o de grupo, fomenta la individualidad y aun puede ser un estímulo importante para la racionalidad (MacDonald, 1972).

Estudios realizados han demostrado tener buenos resultados en la rehabilitación del paciente esquizofrénico, como son (Kielhofner, citado en Gusich y col. 1991), (Hayes, 1989), (Ordaz, 1991), (Díaz-Martínez y col., 1997), (Bradshaw, 2000), (Broker, 2000), (Bekc, 2000), (Turkington (2000) en los que las

evaluaciones están basadas tanto en la participación de las actividades terapéuticas como en las relaciones en grupo. Las modalidades del tratamiento incluyen: la integración sensorial, destreza social y destreza para vivir, actividades manuales, recreativas, comunitarias, oficios y biblioterapia y programas cognitivos conductuales. Estos estudio aportan que la estructura de las actividades puede contribuir a la reducción de la sintomatología positiva. La base que sustenta estos estudios es la necesidad de promover la salud del paciente esquizofrénico.

La presente investigación esta orientada principalmente en el tratamiento integral de paciente, se pretendió mejorar diferentes áreas como la social, laboral y la productiva, nos dimos a la tarea de que el paciente reconociera sus capacidades tanto en el aspecto de las relaciones sociales como en la destreza en el trabajo, en la fiabilidad y en la ampliación que le permita tener una mejor calidad de vida. Sin embargo es importante conocer primero si a través de un programa de rehabilitación en el área ocupacional se producen cambios favorables del paciente esquizofrénico en los comportamientos sociales en un ambiente laboral, siendo este el objetivo principal del presente estudio.

La enfermedad mental es una forma de discapacidad, los síntomas deterioran a la persona, tanto en lo físico, como en lo afectivo, intelectual, social y familiar. Por lo que los enfermos mentales, además de tratamiento psiquiátrico, necesitan ayuda, apoyo y aceptación social. Si bien es cierto que la esquizofrenia es devastadora y que hoy por hoy no hay cura definitiva, también es cierto que hay tratamientos disponibles que ayudan a controlar los síntomas y, que con un tratamiento apropiado, las personas con este tipo de enfermedad pueden tener una vida activa y llena de satisfacciones. Esto ocurre cuando las personas afectadas pueden trabajar, ir a la escuela, vivir con sus familias y disfrutar de relaciones interpersonales.

Respondiendo a la problemática en las áreas de salud, laboral, ocupacional, familiar y social que el paciente esquizofrénico enfrenta, el Programa de Terapia

Ocupacional que forma parte del Proyecto General para el Estudio Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría tiene como objetivo, principalmente, proporcionar al paciente una serie de actividades que le permitan desarrollar y mantener sus potencialidades en actividades del diario vivir, en el área de las relaciones interpersonales y en la realización de trabajos manuales procurando que éstos últimos los conserven como una herramienta tanto para mantener sus habilidades en la vida diaria, así como una actividad que les permita tener una remuneración económica.

Investigaciones como la que se presenta en esta tesis pueden ser de gran ayuda, ya que permiten, 1. que los pacientes esquizofrénicos conozcan sus capacidades y sus habilidades o en un segundo plano que recuperen las habilidades perdidas en el aspecto laboral y ocupacional. Lo que contribuye a su readaptación social, es decir, que el paciente tenga una actividad productiva que le permita una mejor calidad de vida en el ámbito social, familiar y económico, 2. Desarrollar alternativas de tratamiento y rehabilitación que amplíen el campo de la psicología y 3. Esta investigación aporta dos instrumentos de evaluación válidos y confiables. Uno da a conocer la capacidad que tiene el paciente para realizar las tareas ordinarias dentro del hogar y, el segundo, nos da información de las capacidades que tiene el paciente para adaptarse a un trabajo remunerado, ya sea bajo supervisión o sin ella. Además los resultados encontrados en esta investigación reflejan la capacidad de rehabilitación que tiene la estructura del programa del Instituto Nacional de Psiquiatría con las modalidades terapéuticas empleadas.

CAPITULO 1

ESQUIZOFRENIA

La versión IV del Manual de Padecimientos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV, 1995) refiere en el apartado de esquizofrenia, que está presente la pérdida de fronteras del yo y el grave deterioro de la evaluación de la realidad. Entendiendo con esto que las personas psicóticas padecen "alucinaciones", es decir, percepciones aparentemente sensoriales en ausencia de estímulos externos, también existen "delirios" que son creencias falsas que el psicótico defiende pese a la evidencia de que tales creencias no tienen bases reales. Otro factor es la falta de contacto con la realidad, que puede incluir desorientación en cuanto a la propia identidad, tiempo, lugar o época del año. Otras variables de este diagnóstico son depresión o exaltación muy profundas, perturbaciones motoras como el adoptar posturas rígidas, hostilidad intensa y desorganización conceptual, es decir, tener ideas confusas sobre la gente y los objetos.

En la esquizofrenia, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento desorganizado o catatónico.

La esquizofrenia, es una de las enfermedades mentales más severas, el DSM-IV menciona que las características esenciales de esta enfermedad es la mezcla de signos y síntomas peculiares (tanto positivos como negativos) que han estado presentes en una parte significativa de tiempo por un periodo de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos de trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social y/o laboral del individuo.

Los signos característicos implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen y afectan la percepción, el pensamiento inferencial el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la efectividad, la fluidez y productividad de pensamiento y el habla, la capacidad hedónica (capacidad de sentir placer), la voluntad, la motivación y la atención.

Los signos característicos mencionados anteriormente, se conceptualizan en este manual en dos categorías:

a) Síntomas positivos: que parecen reflejar un exceso o distorsión de las funciones mentales.

Comprenden distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje, de la comunicación (lenguaje desorganizado), de la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado).

b) Síntomas negativos: los cuales reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.

Comprenden, restricción del ámbito y de la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objeto (abulia).

Por su parte Schneider (citado en Garnica, 1995), definió una serie de síntomas a lo que calificó como "síntomas de primer rango", con la idea de conocer las manifestaciones específicas de la enfermedad que han constituido la base del diagnóstico:

- 1.- Sonorización del pensamiento (eco del pensamiento).
- 2.- Robo del pensamiento.
- 3.- Disfunción del pensamiento (los pensamientos no le pertenecen tan solo a uno mismo, sino que de ellos participan todo el mundo).
- 4.- Pensamiento intervenido o interceptado.
- 5.- Pensamiento impuesto.
- 6.- Ocurrencia delirante.
- 7.- Aplanamiento afectivo.
- 8.- Vivencias de extrañeza.
- 9.- Escuchar voces que dialogan entre sí.
- 10.- Escuchar voces que comentan los propios actos.

También describió "síntomas de segundo rango" para la esquizofrenia, aclarando que son inespecíficos de esta patología:

- 1.- Perplejidad.
- 2.- Delirios.
- 3.- Alucinaciones.
- 4.- Reacciones emocionales imprevisibles.
- 5.- Inadecuación de los sentimientos.

Sintetizando esta información observamos que el paciente esquizofrénico padece trastornos en diversas áreas de su personalidad, siendo las más visibles en el área conductual y en las relaciones interpersonales; presentándose en estas áreas los primeros síntomas que la familia nota y que reporta como más preocupantes (Raj, 1991). Estos son los llamados síntomas negativos y se manifiestan por medio del aislamiento social, empobrecimiento emocional, pobreza del lenguaje, deficiencias cognoscitivas y disminución motora. Y las otras conductas que se manifiestan en la esquizofrenia reciben el nombre de síntomas positivos que son: alucinaciones, delirios, conducta agitada y extraña, además del habla desorganizada.

En otro manual, que clasifica internacionalmente a las enfermedades mentales (CIE-10), se menciona que en la fase prodrómica (antes de la aparición de la enfermedad como tal), aparecen ciertos síntomas, como la pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personales, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación. Dada la dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados a continuación y no a cualquiera de los que aparecen en la fase prodrómica.

Distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, pensamiento y de las emociones; es decir, con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. Además, las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma, se encuentran alterados.

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos y compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales, que pueden influir, en los actos y pensamientos del individuo afectado.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas. Además, suelen presentarse otros trastornos de la percepción, los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas.

En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, afloran a la superficie y son utilizados en el lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico, oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso

del pensamiento en donde el paciente puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son: la superficialidad, el carácter caprichoso y la incongruencia. En el caso de la ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor, pueden presentarse también síntomas catatónicos. El comienzo de la enfermedad puede ser agudo, con trastornos graves de la conducta, con un desarrollo gradual de ideas y de conductas extrañas.

Mackinnon (1973) refiere que el paciente esquizofrénico puede presentar una gran variedad de sintomatología en un momento dado, así como en el curso de su vida; este autor hace una descripción de las cuatro áreas que se encuentran afectadas en estos pacientes y son: afecto, pensamiento, conducta y relaciones interpersonales.

En lo que se refiere al Trastorno del afecto, describe que el paciente manifiesta un trastorno en la regulación y la expresión de sus afectos o sus emociones, su experiencia emocional se encuentra disminuida y experimenta dificultad para expresar y comunicar las respuestas emocionales. Es una persona solitaria y la ausencia de placer, lo caracteriza.

El trastorno del pensamiento es experimentado como una dificultad en la organización de sus pensamientos, según las normas usuales de la lógica y la realidad, sus ideas emergen en una sucesión confusa y desconcertante. Experimenta además dificultad con el aspecto simbólico del lenguaje, misma que se manifiesta por su tendencia hacia un pensamiento, concreto o abstracto, inapropiado.

El trastorno de conducta se observa fácilmente ya que el esquizofrénico carece de iniciativa y motivación: está aburrido, desganado, y es apático, no se preocupa por lo que ocurre y no tiene interés en hacer las cosas.

El trastorno de las relaciones interpersonales se manifiesta por la dificultad que experimenta el paciente para relacionarse con otros, tiene pocos amigos y no confía en la gente, permanece indiferente frente a las emociones más fuertes y sus reacciones emocionales para con los demás, son simultáneas y contradictorias. La desconfianza, el miedo de intimidad, la ambivalencia y la dependencia adherente del esquizofrénico influyen en sus contactos humanos y determinan así, la calidad general de su conducta social.

La esquizofrenia es diagnosticada por lineamientos establecidos en manuales internacionales de enfermedades mentales. Los criterios básicos establecidos en el DSM-IV para el diagnóstico de esquizofrenia y los diferentes subtipos se definen a continuación:

Deben estar presentes dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- 1.- Ideas delirantes o extrañas
- 2.- Alucinaciones
- 3.- Lenguaje desorganizado
- 4.- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- 5.- Síntomas negativos, como: aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Disfunción social / laboral, durante una parte significativa de tiempo, desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de sí mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

Deben persistir signos continuos de la alteración durante al menos seis meses, este periodo al menos debe incluir un mes de síntomas, según el primer criterio y pueden incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales.

Teniendo ya los criterios diagnósticos se puede delimitar los subtipos de la esquizofrenia que están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que presenta el paciente en ese momento, pero puede cambiar con el tiempo.

Existen cinco subtipos de esquizofrenia:

PARANOIDE: consiste en la prevalencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, generalmente delirios de grandeza o persecución. No existe lenguaje desorganizado, no hay comportamientos catatónico ni afecto aplanado. Los síntomas asociados son ansiedad, ira, retraimiento, discusiones y sentimientos de superioridad.

DESORGANIZADA: se caracteriza por lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado, lo cual no le permite llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y además presenta afectividad desorganizada o aplanada.

INDIFERENCIADA: cumple con dos o más de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y aplanamiento afectivo.

CATATONICA: presenta una alteración psicomotora como inmovilidad o exceso de movimiento, repitiendo movimientos como espejo (ecopraxia), repitiendo palabras como eco (ecolalia), repitiendo de forma continua actividades motoras o verbales (estereotipia), y produciendo movimientos estereotipados involuntarios (manerismos)

RESIDUAL: presenta síntomas negativos, empobrecimiento emocional aplanamiento afectivo, aislamiento social, pobreza de lenguaje y actividades motoras, hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado,

catatonia y, en caso de presentarse son muy leves. Este subtipo se presenta generalmente después de cuadros agudos y después de varios años de evolución.

1.1 Curso

En las personas que padecen esta enfermedad parece haber un patrón premórbido que evidencia la enfermedad, sin embargo no es sino hasta la adolescencia y en algunos casos después, es decir en la edad adulta, cuando comienzan aparecer los síntomas característicos y su inicio más grave parece estar relacionado con algún cambio social o ambiental, como el uso de drogas o la muerte de un familiar.

Al presentarse un primer episodio psicótico desaparece gradualmente y el paciente puede tener un funcionamiento relativamente normal. Pero suele haber una recaída, y cada recaída representa un deterioro del funcionamiento cognoscitivo y social del sujeto. Una característica importante del curso de la esquizofrenia es la incapacidad del paciente para volver al funcionamiento premórbido después de cada recaída. A veces se puede observar depresión posterior al episodio psicótico, y la vulnerabilidad del paciente al estrés puede durar toda la vida. Los síntomas positivos tienden a ser cada vez menos graves, pero los negativos se van acentuando cada vez más. A pesar de que la tercera parte de los esquizofrénicos están integrados a la sociedad, la gran mayoría tiene una vida inactiva, sin ocupación, sin metas y con hospitalizaciones frecuentes Kaplan y cosl. (1994).

1.2 Prevalencia e incidencia

La esquizofrenia es la más frecuente de las psicosis crónicas, es una enfermedad que se presenta en la adolescencia y en el adulto joven, rara vez antes de los 15 años, se presenta también raramente después de los 40- 45 años. Entre los 15 y los 35 años es cuando la morbilidad es más elevada (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1951).

Investigaciones norteamericanas (Straube y Oades, 1993) han encontrado que la edad de inicio es más temprana en los hombres que en las mujeres. El límite de inicio para los hombres se encuentra entre los 18 y 25 años, mientras que para la mujeres fluctúa entre los 26 y 45 años.

En la población mexicana, los trastornos mentales y en particular los trastornos mentales psicóticos oscilan entre 10.1 y 14.0 por 1000 habitantes en la población mayor de 14 años (Tovar, 1987) y en el caso de población hospitalizada la esquizofrenia ocupa el primer lugar del conjunto de alteraciones (Gutiérrez y Tovar 1984).

En el estudio realizado por Gutiérrez y Tovar (1984), con una población de pacientes hospitalizados y atendidos en consulta externa se encontró que la esquizofrenia predominaba en los hombres y ocupaba el segundo lugar en las mujeres. Similares resultados fueron reportados por la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada a través de la encuesta de hogares a personas adultas con edades entre 18 y 65 años, que arrojaron cifras de prevalencia de por vida de 1.2% para el sexo masculino y de .09% para el sexo femenino en la esquizofrenia (Medina-Mora, 1985, 1992). En otro estudio llevado a cabo por Caraveo (1996), se reportó una prevalencia de alguna vez en la vida de 0.7% en ambos sexos.

1.3 Tratamiento farmacológico

La esquizofrenia es tratada comúnmente con fármacos antipsicóticos. La mayoría de las personas con esquizofrenia también se benefician si reciben psicoterapia y rehabilitación.

Los antipsicóticos (a menudo llamados neurolépticos) son muy efectivos para controlar los síntomas de la esquizofrenia. Este tipo de medicamentos que aparecieron en los años cincuenta ha mejorado la calidad de vida de millones de personas con esquizofrenia al ayudarles a vivir en la comunidad (Cooper, 1963).

Antes de esta época las personas con este tipo de enfermedad pasaban la mayor parte de su vida hospitalizadas. Pero ahora, con éstos fármacos, muchas personas pueden participar de la vida en sociedad.

Los medicamentos antipsicóticos trabajan restableciendo el balance de las sustancias químicas en el cerebro. Los antipsicóticos controlan eficazmente los síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, confusión de pensamiento) de la esquizofrenia. Los investigadores creen que parte de este efecto puede ser explicado por la acción de estos medicamentos sobre el neurotransmisor dopamina. (Chekos, 2001).

La dopamina regula las funciones normales del individuo como el movimiento, las emociones, la conducta y el apetito. Muchas de estas funciones están afectadas en las personas con esquizofrenia haciendo pensar a muchos investigadores que los síntomas positivos son producidos por un exceso de dopamina en el cerebro o una hipersensibilidad de los receptores.

Al igual que muchas enfermedades crónicas, la esquizofrenia se caracteriza por recaídas frecuentes, diversos estudios (Braceland, 1975; Brenner, 1990; Steinhart, 1992; Kissling, 1994; McKenna, 1994; APA, 1997; Jeste, 1996; Wiersma, 1998) señalan que más del 80% de los pacientes presentan recaídas después del primer episodio. Cuando se administra el tratamiento farmacológico adecuado, la enfermedad tiene mayores posibilidades de controlarse; a pesar de ello, suele observarse en este padecimiento un deterioro gradual, que se manifiesta por la presencia de síntomas negativos (descuido en el arreglo personal, menor capacidad para las actividades sociales y de comunicación, deterioro cognoscitivo, pobreza ideativa y afectiva) problemas de conductas como agresión; síntomas positivos mal controlados (APA, 1994; Kissling, 1994; McKenna, 1994).

Por lo antes dicho podemos observar que la esquizofrenia es una enfermedad severa y algunos de los factores que la caracterizan son: la edad de

inicio, que generalmente es al final de la adolescencia o al inicio de la adultez, por lo general su duración es de por vida, lo que implica un alto grado de cronicidad. Es una enfermedad que presenta dos etapas: una de exacerbación (activa o aguda) y otra de remisión. En la fase aguda, los pacientes tienen dificultades para estar en contacto con la realidad, presentan síntomas positivos y negativos, en esta fase, el manejo se realiza a través del uso de medicamentos, apoyo al paciente y en algunos casos con hospitalización. Después de recibir el tratamiento adecuado, el paciente manifiesta una disminución gradual de los síntomas y es cuando entra a la etapa de remisión Valencia (1996).

1.4 Alternativas psicológicas de tratamiento

Cuando el paciente esta controlado y bajo supervisión medica se hace necesario buscar alternativas psicológicas que ayuden al paciente a llevar una vida lo más productiva posible. Las modalidades de atención psicológica mejor estructuradas y más ampliamente utilizadas y con las que se han obtenido algunos resultados son:

- 1) **La terapia ocupacional.** El objetivo de esta intervención es el de organizar la actividad psíquica de estos enfermos mediante actividades productivas, este tipo de abordaje ha estado sujeto a cuestionamientos por la falta de estudios sistemáticos que comprueben las ventajas psicológicas de participar en actividades ocupacionales organizadas y constantes para los enfermos sin embargo existe un consenso generalizado acerca de la conveniencia de ofrecer actividades ocupacionales a estos pacientes. (Benassini, 1997).
- 2) **Terapias de modificación de conducta.** Se trata de la revisión y modificación de comportamientos presentes, de propuestas "aquí y ahora", de la manipulación de procesos cognoscitivos conscientes y de la elaboración de propuestas prospectivas, planeadoras de la conducta y los procesos

adaptativos hacia el futuro. Este tipo de abordaje de la esquizofrenia postula que los comportamientos de las personas con este tipo de enfermedad son debidos a la falta de refuerzo ambiental, etiquetaje y hospitalización adquiriéndose conductas inadaptadas que resultan congruentes con el rol de paciente mental. Las técnicas de modificación de conducta tienen la función de readaptar a la persona y pueden producir cambios en las conductas. Las más empleadas son el reforzamiento positivo y negativo, el moldeamiento, la instigación, el juego de roles y la retroalimentación.

- 3) **Terapia sistémica.** Esta modalidad terapéutica tiene su origen en la "Teoría general de los sistemas" ha encontrado aplicación sobre todo en el campo de la terapia familiar. Propone que la familia es un sistema abierto, integrado por diferentes subsistemas en su integración y se hace una evaluación presente de la condición que guarda con el fin de mantener al sistema en una situación de equilibrio, denominada homeostasis. Para que ésta exista, pueden darse posicionamientos, juegos de fuerza y códigos de comunicación anómalos, capaces de enfermar al sistema, a la familia y en último término a sus integrantes. Cuando ocurre la enfermedad en uno de ellos, éste recibe el nombre de paciente identificado, dejando en claro que el paciente es la familia entera.

- 4) **Terapias ambientales.** La orientación de este tipo de abordaje se basa principalmente en modificar el efecto deteriorante del ambiente hospitalario tradicional, custodia y autoritarismo, en muchos hospitales se crearon programas ocupacionales, educativos, recreativos, de socialización y motivación. A partir de la década de los setenta, se iniciaron los trabajos de investigación encaminados a evaluar los efectos de la terapia ambiental y algunos de ellos han demostrado que los pacientes esquizofrénicos de corta evolución se recuperan mejor en ambientes que cuentan con equipos interdisciplinarios entrenados que estimular al paciente, tienen un alto grado de tolerancia y ofrecen alternativas psicosociales. De estos modelos de manejo

ambiental han surgido otros, con una orientación similar pero que no ofrecen hospitalización y funcionan únicamente con pacientes externos, se basa en la combinación de diferentes modalidades terapéuticas proveídas por un equipo multiprofesional y organizadas en un programa. De ellas se puede mencionar al entrenamiento en habilidades sociales, al entrenamiento en autocuidado, a la extinción de conductas indeseables y al desarrollo de pautas adaptativas, al entrenamiento y apoyo de tipo laboral, junto con la revisión psiquiátrica y la administración constante de tratamiento farmacológico (Benassini, 1997).

CAPITULO 2

REHABILITACIÓN

2.1 Rehabilitación

En ninguna época como ahora las posibilidades de rehabilitación para los pacientes con esquizofrenia crónica se observan con claridad. El mayor conocimiento tanto en el área farmacológica como en la psicosocial aumenta las expectativas de los médicos y del personal de salud, de los pacientes y de sus familias frente a esta grave enfermedad. El mejorar la calidad de la atención de los enfermos mentales crónicos, la mayor participación de las familias y de la sociedad es uno de los mayores retos de la psiquiatría y de los especialistas en la salud mental en todos los países en el momento actual (Furedi, 1986; De la Fuente, 1993; Carpenter, 1993; Liberman, 1994; Award, 1997; Aquila, 1999; Cechnicki, 1999; Fernández, 1999). La propuesta recomendada de manera general a partir de estas premisas es la rehabilitación y el manejo integral de paciente esquizofrénico (De la Fuente, 1993).

De la fuente (1993) también menciona que el objetivo de la rehabilitación finalmente es reincorporar al individuo a su comunidad, posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo más satisfactoriamente posible dentro de la sociedad tomando en cuenta su personalidad y sus intereses.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969), "la rehabilitación genéricamente hablando, es un término que se aplica a los impedidos físicos y mentales y consiste en el uso racional de procedimientos válidos, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional".

Es difícil trazar una línea divisoria definida entre el tratamiento y la rehabilitación de la esquizofrenia. El tratamiento tiende a corregir las manifestaciones de la enfermedad, mientras que la rehabilitación tiene como objetivo que el paciente vuelva a sus roles afectivos y sociales originales.

Greenblatt (1961) considera a la rehabilitación desde el punto de vista del tratamiento integral del paciente, e incluye dentro de la rehabilitación psicológica a las medidas que atenúan la angustia. Para Barton (1961), no existe un límite definido entre el tratamiento farmacológico y la rehabilitación, puesto que ambos proceden simultáneamente desde el principio, aunque hace la distinción de que el tratamiento se orienta hacia los problemas primarios, en tanto que la rehabilitación enfatiza el empleo de capacidades vocacionales que disminuyan las deficiencias o superen el impedimento.

Feeman y Simmons (1963) señalaron que el paciente rehabilitado con éxito es aquel que puede vivir en un ambiente no médico, con un nivel de rendimiento ocupacional y social comparable al de otros adultos.

Maxwell (1969) entiende por rehabilitación el intento de proporcionar al paciente los medios para su mejor desempeño en la comunidad, que le permitan llevar a cabo el mayor número de actividades compatibles con su personalidad y con los intereses para los cuales está capacitado.

Bellak (1956, 1964) afirma que el objeto principal de la rehabilitación es la reconstrucción de la fuerza del ego del paciente a fin de que éste pueda volver a encontrarse mentalmente capacitado y listo para trabajar y enfrentarse a los factores emocionales de las relaciones interpersonales.

Caplan (1965) dice: "Al término rehabilitación le doy una categoría exclusivamente individual y utilizo la expresión prevención terciaria para designar la acción comunitaria. Así como la prevención secundaria incluye la prevención

primaria, la prevención terciaria abarca a las dos, puesto que el impedimento debido al trastorno mental incluye la incapacidad provocada por el funcionamiento alterado del paciente así como el grado de invalidez que subsiste después de eliminado el trastorno. El uso común, sin embargo, la prevención terciaria se limita a reducir la proporción del efecto residual, para contribuir a la vida laboral y social de la comunidad”.

Ordaz (1991) define a la rehabilitación psiquiátrica como el conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos utilizados en aquellos enfermos en los que han aparecido incapacidades que les imposibilitan un adecuado desempeño social, producto de algún trastorno psiquiátrico, cuyo objetivo fundamental consiste en integrarlos en un contexto social tan similar como sea posible al que tenían antes de enfermar. Se trata de un proceso tendiente a prevenir, reducir y compensar los efectos propios de la enfermedad mental, -que resultan limitantes para un desempeño personal, social y laboral adecuado-, tiene como finalidad mantener y reforzar las capacidades, aptitudes y relaciones interpersonales, mediante la aplicación de medidas de carácter y biológico, psicológico, social y vocacional.

De la Fuente (1993) señala que la rehabilitación tiene mucho que ofrecer una vez que se optimiza el manejo sintomático, se trata de un proceso de larga duración en el cual se relacionan los objetivos con las posibilidades. Algunos pacientes podrán alcanzar niveles de funcionamiento similares a los que tenían antes de enfermar, mientras que otros permanecerán con discapacidades importantes el resto de su vida. Se ha hecho evidente que no es sólo la magnitud del daño sino las circunstancias las que señalan los límites de la restauración. Un eje del proceso rehabilitatorio es ayudar a los pacientes a fortalecer su autoestima, mejorar su funcionalidad, lograr mayor autonomía y mejores relaciones humanas.

El objetivo de la rehabilitación es reincorporar al individuo a la comunidad, posiblemente a su actividad anterior o a otra en la que pueda desempeñarse lo

más satisfactoriamente posible. De acuerdo con (Wing y Brown, 1970), el proceso debe iniciarse dentro del hospital y debe continuarse a través de la consulta externa, por medio de programas interdisciplinarios y de seguimiento. Sin embargo, este intento por definir a la rehabilitación tiene el efecto de citar al hospital psiquiátrico como eje de los actos rehabilitatorios y supone que todo enfermo mental deberá llegar inexorablemente al hospital. En la actualidad esto no es indispensable si se sigue la tendencia de la psiquiatría preventiva en el sentido de desarrollar una serie de medidas oportunas que eviten la hospitalización del mayor número de posibles enfermos.

Estudios realizados han demostrado tener buenos resultados en la rehabilitación del paciente esquizofrénico, (Kielhofner, citado en Gusich y col. 1991), (Hayes, 1992), (Ordaz, 1991), (Diaz-Martínez, 1997), las evaluaciones están basadas tanto en la participación de las actividades terapéuticas como en las relaciones en grupo. Las modalidades del tratamiento incluyen: la integración sensorial, destreza social y destreza para vivir, actividades manuales, recreativas, comunitarios, oficios y biblioterapia. Estos estudios aportan que la estructura de las actividades pueden contribuir a la reducción de la sintomatología propia de la enfermedad.

2.2 TERAPIA OCUPACIONAL

La historia antigua de la terapéutica ocupacional esta íntimamente ligada a la fisioterapia y a la gimnasia terapéutica. Del estudio de su desarrollo destaca que casi todas las formas primitivas de ejercicio prescrito por el médico, poseen una aplicación social y un interés mental y ocupacional. Rara vez se practicaba el ejercicio sin un elemento de diversión y el realce de la importancia otorgada al cuerpo y a la mente persistió a través de los tiempos (Reeves, 1958 citado en McDonald, 1972). Siendo esta consideración de interdependencia mental, física y social una de las reglas fundamentales de la aplicación de la terapia ocupacional que ha persistido hasta la actualidad.

El desarrollo de la rehabilitación a través de la ocupación solo pudo lograrse al remolque del progreso de las creencias que contribuyen al avance de todas las formas de tratamiento médico, debiendo citar como más relevantes por su relación con la terapéutica ocupacional a la anatomía, fisiología, psicología y patología. La terapéutica ocupacional se deriva de las artes, oficios y costumbres practicadas a lo largo de los siglos. Algunas de las primeras referencias aparecen en el año 660 a. C.; Homero habla del "Noble dios artesano", Hefesto, maltratado y repudiado por su madre, fue rescatado por Tetis y Eurinome y al que le dieron el equipo necesario para realizar muchos trabajos manuales de habilidad entregándose con ello, a una ocupación lucrativa (Hiliada, libro XVIII).

Tras el período de la mitología y la magia sobrevino el de la experimentación científica (600 a.C. hasta 200 d.C). Pitágoras, Tales, Hipócrates, Esculapio, Orfeo, Celsus, Galeno, recomendaban actividades tanto físicas como manuales, lo que significaba, según nos dicen, ejercicio intenso o ejercicio convertido en profesión. Desde el año 1100 de nuestra era y coincidiendo con la fundación de muchas de las universidades europeas, los progresos fueron considerables, los ejercicios y las diversiones ocupacionales para fortalecerse y, al mismo tiempo, divertirse, fueron recomendados ya por los médicos y educadores de la época.

Desde el año 1700 hasta nuestros días, la terapéutica ocupacional tuvo nuevos avances en psicología, anatomía y fisiología, se llevaron a cabo descubrimientos relacionados con la actividad del sistema nervioso, se crearon lazos más estrechos entre los distintos países europeos, se publicaron más libros de carácter médico, a la vez que la revolución industrial daba una mayor publicidad a los problemas sanitarios y sociales. Se crearon más hospitales, iniciándose de modo evidente el mejoramiento de los tratamientos, sobre todo en el terreno mental.

El Dr. Buchan, en 1774, (citado en McDonald, 1972), insistía en la conveniencia de que los hombres aprendieran algún oficio mecánico y realizaran magistrales muestras de su propio trabajo, para el mantenimiento de la salud. El reconocimiento de la utilidad y necesidad de la ocupación para el mantenimiento de la salud fue suscrito así mismo en lo referente al campo psicológico. Philippe Pinel, William Tuke y Vizencio Chiarugi mantenían a sus pacientes sin cadenas y buscaban ocupaciones para ellos, y desde entonces hasta nuestros días las actividades ocupacionales se han utilizado como medios terapéuticos.

En las ocupaciones productivas, la atención no debe centrarse de modo absoluto en el producto sino en el efecto que la producción ejerce sobre el paciente. Sin embargo, hay que procurar obtener el máximo rendimiento posible, para que de esta forma el entrenamiento en el trabajo manual proporcione la base de la habilidad, destreza, ingenio y precisión, cualidades esenciales para muchos trabajos. También la calidad y el diseño son características de particular importancia en este grupo de actividades, ya que de esta forma puede lograrse producir artículos aceptables por trabajadores que no posean una gran habilidad. El impacto que los objetos con una buena manufactura causan en los demás (esto es que los artículos realizados sean aceptados y requeridos), vincula al paciente esquizofrénico con la realidad, traduciéndose ésto en el reconocimiento de sus habilidades y favorece la adaptación al medio.

En la terapéutica ocupacional, debe alentarse al paciente a que desarrolle aquellas aptitudes y actitudes que le permitan llevar una vida lo más plena, útil y satisfactoria posible, para que pueda ser un miembro competente de su comunidad, en el hospital o fuera de él (McDonald, 1972).

La terapia ocupacional desde el punto de vista teórico se sustenta en un principio básico que rigen las ciencias psicopedagógicas, y concretamente en un proceso de enseñanza aprendizaje en el que el tarapeuta (maestro) enseña al enfermo (alumno) a ejecutar una actividad productiva o socialmente útil que

contribuyan a su rehabilitación psicosocial; y el paciente aprende hábitos laborales y normas de comportamiento psicosocial adecuados, que empleará tanto en el medio institucional como en su entorno familiar, (Ordaz, 1991).

La terapéutica ocupacional puede utilizarse de dos maneras, (MacDonald, 1972), como medio de valoración: para determinar su competencia física y mental y como medio para restaurar la salud y el funcionamiento general: la terapéutica ocupacional debe ser un medio en donde el paciente pueda volver a orientarse por sí mismo, manteniendo unos hábitos de puntualidad, orden y cuidado del equipo, y de adaptación psicológicas necesarias para una labor provechosa. Para lo cual es necesario proceder a una observación ulterior para ilustrar un curso de rehabilitación registrando los siguientes puntos: estado físico, respuesta intelectual, capacidad de aprendizaje, relaciones y síntomas que afectan a la conducta y por supuesto a que el paciente pueda aspirar a un trabajo.

Se ha observado que el trabajo es un elemento importante en el tratamiento de la esquizofrenia (Braive, 1988), respecto a esta propuesta Reker (1999) la considera como una forma de psicoterapia.

Lehman (1995) en un estudio de 3 años sobre rehabilitación laboral con 112 pacientes esquizofrénicos de consulta externa, encontró que 23% de los pacientes se había integrado a tareas laborales abiertas, 25% trabajaban en un empleo protegido; 25% permanecían en la terapia de trabajo y el 27% seguían desempleados. Los estudios controlados con pacientes esquizofrénicos muestran que la ocupación contribuye a mejorar la integración en el trabajo, a reducir las hospitalizaciones y a estabilizar el estado psicopatológico (Lehman, 1999, 1999b).

CAPITULO 3

PROCESO METODOLOGICO

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Respondiendo a la problemática en las áreas de la salud, de las actividades laborales, ocupacionales, familiares y sociales que el paciente esquizofrénico enfrenta, y teniendo en cuenta que estos tipos de deficiencias son de gran influencia para el desarrollo individual de todo ser humano, se planteó la necesidad de evaluar el Programa de Terapia Ocupacional. ¿A través de ésta evaluación se puede conocer los comportamientos y las habilidades básicas que se deben tener en un ambiente laboral?

3.2 OBJETIVO

General

Evaluar los cambios asociados al programa de Terapia Ocupacional a través de la ejecución del trabajo en cuanto a los siguientes cuatro aspectos: en los comportamientos sociales, en la destreza en el trabajo, en la fiabilidad y en la ampliación en pacientes esquizofrénicos.

3.3 DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES EN TERAPIA Y EN FAMILIA "Definiciones reales" (Reynold, 1971).

A) EN TERAPIA

1) COMPORTAMIENTOS: Definidos como las reacciones o conductas frente al trabajo a los compañeros y al terapeuta.

a) *Sociabilidad:* Buena comunicación y muestras de amistad con sus compañeros y terapeuta.

- b) *Cooperación*: Disposición para la organización del material y el inicio de las actividades así como para ayudar a sus compañeros.
- c) *Accesibilidad*: Facilidad para recibir y llevar a cabo instrucciones para el desarrollo de las actividades además de las relaciones personales y la comunicación con los demás.
- d) *Dependencia*: Necesidad de recibir ayuda o supervisión constante, continua repetición de instrucciones para realizar la actividad.
- e) *Agresividad*: Actitud defensiva o de enojo al comunicarse con los demás.
- f) *Resistencia*: Negarse u oponerse a trabajar o a participar en las actividades.
- g) *Excentricidad*: Rareza notable en la conducta o comportamientos que sobresalgan como extraños.

2) DESTREZA EN EL TRABAJO: Definida como la capacidad que tiene el paciente para realizar el trabajo asignado.

- a) *Cuidado*: Esmero en la realización de los objetos
- b) *Habilidad*: Actitudes de un individuo para poder ejecutar tareas con rapidez
- c) *Limpieza*: Presentación final del trabajo en buen estado.

3) FIABILIDAD: Definida como lo confiable que es el paciente para captación, recuerdo y ejecución de instrucciones para la realización de los objetos.

- a) *Comprensión*: Conocimiento acerca de lo que se va a realizar en la sesión
- b) *Retención*: Capacidad para recordar instrucciones, comparable a través de la ejecución de las mismas.
- c) *Ejecución*: Proceso mental que produce resultados en la tarea o actividad realizada.
- d) *Concentración*: Centrar atención en la tarea o trabajo que se está realizando.

4) AMPLIACIÓN: Definida como lo constante que es el paciente para la realización de las manualidades, o abandona el trabajo sin motivo y lo deja para después.

- a) *Interés*: Actitud caracterizada por el enfoque de la atención hacia la realización de cierta actividad.
- b) *Iniciativa*: Actuación del paciente para poner en marcha las tareas asignadas.
- c) *Productividad*: Proporción entre el trabajo y el tiempo en que se realiza.

(Estas variables serán evaluadas por medio del instrumento ECSAL Leños 1998).

B) EN FAMILIA

- 1) **COMPORTAMIENTOS SOCIALES**: reacciones o conductas frente a sus familiares y amigos.
- 2) **DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES**: capacidad que tiene el paciente para realizar el trabajo asignado en casa.
- 3) **CUIDADO PERSONAL**: capacidad que tiene el paciente para realizar su aseo personal, toma de medicamentos y aspectos personales sin la supervisión del familiar responsable.
- 4) **RESPONSABILIDAD**: lo confiable que es el paciente para la realización de las tareas asignadas, o abandona el trabajo sin motivo y lo deja para después.

(Estas variables serán evaluadas por medio del instrumento ECOH, Leños 1998).

3.4 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA O PABLACION

Se evaluaron a 48 pacientes esquizofrénicos crónicos, estables y ambulatorios. Estos pacientes fueron contactados en la consulta externa de un hospital psiquiátrico de tercer nivel (Instituto Mexicano de Psiquiatría) eran incluidos en el programa cuando reunían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- 1. Pacientes que participen en el programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría

2. Pacientes de ambos sexos con edad entre 18 y 45 años
3. Residencia en la ciudad de México y zona conurbada
4. Educación primaria terminada
5. Pacientes que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia al DSMIV y el CIE-10, diagnósticos dados por el psiquiatra a cargo de su tratamiento farmacológico (el mismo para todos los pacientes).
6. Que sean pacientes ambulatorios bajo tratamiento (estables)

Criterios de exclusión

1. Pacientes que no reúnan alguno de los criterios de inclusión.
2. Pacientes con síntomas severos de la enfermedad, como ideación suicida, excesivo aislamiento, alucinaciones o delirios extremos.
3. Pacientes con déficits cognitivos severos.
4. Pacientes con efectos colaterales medicamentosos severos.
5. Pacientes que no tengan algún familiar que conviva con él.

3.5 TIPO DE INVESTIGACION

Se trata de una investigación de tipo observacional, exploratorio.

Se utilizará un diseño longitudinal pretest-postest con evaluaciones semanales, y con un concentrado mensual. En el caso de la evaluación dentro del hogar es también pretest- postest.

3.6 MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo secuencial.

3.7 INSTRUMENTOS Y/O MATERIALES

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son los que a continuación se mencionan:

Escala de evaluación de Comportamientos Sociales en un ambiente laboral (ECSAL).-Este cuestionario abarca 4 áreas: 7 indicadores para **comportamientos sociales**: sociabilidad, cooperación, accesibilidad, dependencia, agresividad,

resistencia, y excentricidad; 3 indicadores para **destreza en el trabajo**: cuidado, habilidad y limpieza; 4 indicadores para **fiabilidad**: comprensión, retención, ejecución, concentración; y **ampliación** que cuenta con 3 indicadores: interés, iniciativa y productividad. Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1= "nunca", 2= "casi nunca", 3= "casi siempre" y 4= "siempre", con las siguientes calificaciones de 70 a 46= muy buen desempeño; de 45 a 31=buen desempeño; de 30 a 16= regular desempeño y de 15 a 0= mal desempeño. (anexo 1).

Esta escala fue desarrollada y validada para este proyecto. Para obtener la confiabilidad de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna con 51 casos obteniendo un alpha estandarizada de 0.9598.

La Escala de Comportamientos Ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar (ECOH).- Será aplicada a los familiares del paciente para conocer el desempeño de las actividades ocupacionales del paciente dentro del hogar, la escala cuenta con 20 reactivos de los cuales 5 proporcionan información referente a los **comportamientos sociales**; 5 y al **desempeño de las actividades** ocupacionales en las tareas propias del hogar; 5 al **cuidado personal**; y 5 a la **responsabilidad** del paciente por cumplir con sus actividades. Las respuestas del cuestionario se codifican utilizando una escala de tipo Likert de 1 a 4, donde 1= "nunca", 2= "casi nunca", 3= "casi siempre" y 4= "siempre" con las siguientes calificaciones; de 80 a 61= muy buen desempeño; de 60 a 41 buen desempeño; de 40 a 21= regular desempeño de 20 a 0= mal desempeño. (anexo 2).

Esta escala fue desarrollada y validada para este proyecto. Para obtener la confiabilidad de este instrumento se aplicó un análisis de consistencia interna con 82 casos obteniendo un alpha estandarizada de 0.9134.

3.8 PROCEDIMIENTO

Este estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) dentro del proyecto de investigación "Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico", los pacientes fueron diagnosticados por la clínica del IMP con esquizofrenia por medio de una entrevista diagnóstica estructurada (The Compositive International Diagnostic Interview versión 1.1. CIDI), la cual esta basada en los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1993) y el Psiquiátrica Americana (DSM-III-R, 1987). Este instrumento se deriva propiamente de la Cédula de Entrevista Diagnóstica, que ha sido objeto de varios estudios de validez con óptimos resultados y estos han sido extrapolados al CIDI (Gómez, 1996), su confiabilidad global es de $K = .77$.

Después de que los pacientes fueron diagnosticados con esquizofrenia el médico tratante les invitó a que participaran en el programa y remitía a los pacientes al departamento de Rehabilitación Integral en donde se les daba información de las características del programa, si el paciente decide participar, se inician las evaluaciones.

Se aplicó la Escala de comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar, es un instrumento autoaplicable y se aplico a los familiares de los pacientes al inicio y al final del programa; se entrega la escala al respondiente y éste marcó respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describió los comportamiento del paciente. Se trabajó con 48 familiares responsables del paciente esquizofrénico.

La escala de Evaluación de comportamientos Sociales en un Ambiente Laboral fue aplicada a los paciente una vez por semana durante 6 meses, después de cuatro sesiones la información se concentró en evaluaciones mensuales. Los registros se hicieron a través de observaciones directas en cada sesión por la terapeuta y la coterapeuta, en sesiones posteriores se discutían los

registros entre ambos observadores y apoyados en video grabaciones de las sesiones terapéuticas. Se trabajo con 48 paciente divididos en dos grupos (por ser un grupo muy numeroso) que recibieron la terapia ocupacional en sesiones de hora y media cada grupo una vez por semana.

CAPITULO 4

RESULTADOS

El análisis de datos se hizo a través de la prueba t de Student de pares simples para comparar los resultados de una prueba con los resultados de una postprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes. Con los datos demográficos se hace un análisis de frecuencias simples.

En este capítulo se reportan los resultados obtenidos en la presente investigación. Primero se hará mención de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra. En segundo lugar se presentan los resultados de cada uno de los indicadores utilizados en la terapia ocupacional (comportamientos sociales, destreza en el trabajo, fiabilidad y ampliación). Posteriormente se agrupan los indicadores para presentar los resultados globales en cada uno de ellos, relacionados con las variables demográficas y las características del paciente.

4.1 Características demográficas de los pacientes

La muestra de pacientes quedó conformada de la siguiente manera: de los 48 pacientes, 35 (72.9%) fueron hombres, 13 (27.1%) fueron mujeres (cuadro A, gráfica B), el rango de edad fue de 18 a 45 años, la edad más frecuente en ambos sexos de los pacientes fue de 28 años (Cuadro A, gráfica A).

Con relación a la escolaridad la mayoría de los pacientes tienen estudios de secundaria en adelante 87.6%, de los cuales el 31.3% tienen estudios de

preparatoria incompleta y el 31.3% tienen estudios profesionales incompletos y 12.5% solo han cursado la secundaria (cuadro A, gráfica C)

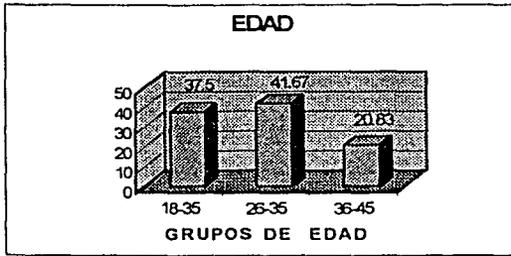
Considerando la ocupación de los pacientes al inicio del programa 16.7% trabajan y 83.3% de los pacientes estaban sin trabajo, (Cuadro A, gráfica D) cabe aclarar que de los pacientes que trabajaban 2 trabajan por su cuenta y 6 trabajan en negocios familiares. El tiempo en que los pacientes han estado sin ocupación (ya sea estudiando o laborando) al inicio del programa el 20.8% 6 meses, 31.3% 12 meses, 29.2% mas de un año y 18.8% dos años o más (cuadro A, gráfica E).

De acuerdo a las características clínicas, los pacientes se distribuyeron por el tiempo de evolución de la enfermedad en: de 1 a 5 años 41.7%, de 5 a 10 años 29.3%, de 11 a 15 años, 16.7%, de 16 a 20 años 10.6% y de 21 a 25 años y 2.1%. (Cuadro A, gráfica F) y por el diagnóstico se encontraron 4 tipos de esquizofrenia 37.5% padecen esquizofrenia paranoide, 41.7% crónica paranoide, 8.3% desorganizada y 12.5% indiferenciada (cuadro A, gráfica G), además como diagnóstico único de esquizofrenia solo se presentó en 36.% de los pacientes, 27.7% tuvo 2 diagnósticos, 16.7% tres diagnóstico, 12.5% cuatro diagnósticos y el 4.2% seis o más diagnósticos (cuadro A, gráfica H).

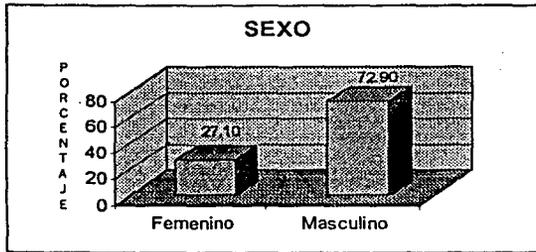
Los diagnósticos asociados que más se presentaron fueron fobia social, daño orgánico cerebral, abuso de alcohol, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia, distimia, desorden esquizoafectivo, dependencia a sus sustancias adictivas y ansiedad generalizada.

Cuadro A. Características demográficas de los pacientes.

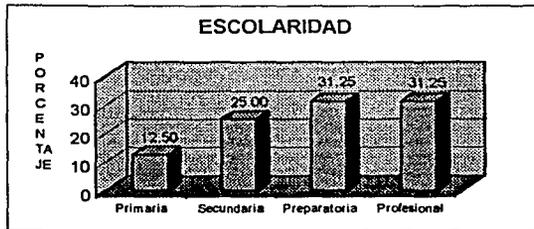
CARACTERISTICA DEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES	TOTAL N = 48 %
EDAD	
18-25	37.50%
26-35	41.67%
36-45	20.83%
SEXO	
Femenino	27.1%
Masculino	72.9%
ESCOLARIDAD	
Primaria	12.50%
Secundaria	25.00%
Preparatoria	31.25%
Profesional	31.25%
OCUPACION ACTUAL	
Con ocupación	16.7%
Sin ocupación	83.3%
ULTIMA OCUPACION	
Menos de 12 meses	20.83%
Mas de 12 meses	31.25%
1 año o más	29.17%
2 años o más	18.75%
TIEMPO DE EVOLUCION	
De 1 a 5 años	41.67%
De 6 a 10 años	29.17%
De 11 15 años	16.67%
De 16 a 20 años	10.42%
De 21 a 25 años	2.08%
TIPO DE ESQUIZOFRENIA	
Paranoide	37.5%
Crónica paranoide	41.7%
Desorganizado	8.3%
Indiferenciado	12.5%
No. DE DX. PSIQUIATRICOS	
1	39.58%
2	27.08%
3	16.67%
4	12.50%
6	2.08%
7	2.08%



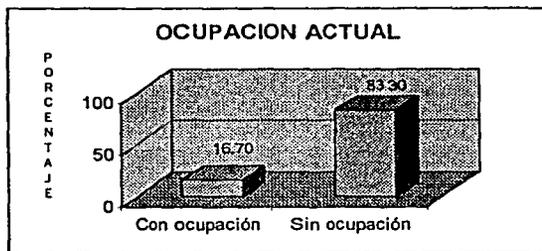
Gráfica A



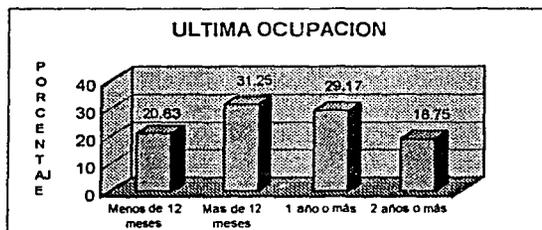
Gráfica B



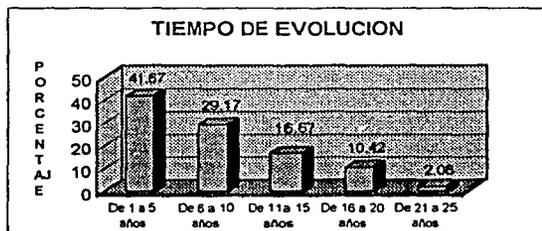
Gráfica C



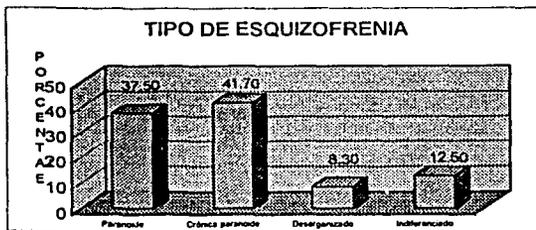
Gráfica D



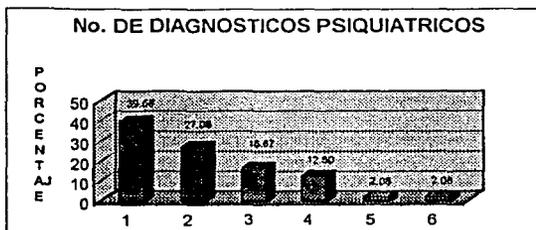
Gráfica E



Gráfica F



Gráfica G



Gráfica H

A continuación se hará la descripción de los resultados encontrados en cada uno de los indicadores dentro de la terapia ocupacional, se presentan las comparaciones de las medias de las seis evaluaciones.

4.2 COMPORTAMIENTOS SOCIALES

Se presentan las medias por indicador en cada variable evaluadas durante los 6 meses.

Los resultados fueron obtenidos de las calificaciones recabadas en la Escala de Comportamientos Sociales en un ambiente Laboral (ECSAL) la cual nos da información acerca de la adaptación del paciente en un ambiente laboral.

Aquí se toma en cuenta la manera en que reaccionan los pacientes en cuanto a los comportamientos sociales en donde se califican las reacciones o conductas tomando en cuenta la comunicación y las relaciones frente al trabajo a los compañeros y al terapeuta (sociabilidad).

En este aspecto se pudo observar que los pacientes al inicio del programa o en las primeras sesiones terapéuticas se comunicaban poco entre ellos, la comunicación con el terapeuta era más abierta, se pudo observar también que algunos pacientes trataban de comunicarse con otros y no encontraban respuesta o la forma de contestación del interlocutor era muy escasa, conforme se fueron conociendo y aceptando la comunicación se fue haciendo mas relajada y tranquila, como en todo grupo se encontró al paciente que jugo el rol de líder, el alegre, el juguetón, el introvertido, el trabajador, el inteligente, el bromista, el nervioso etc., perdurando así la personalidad de cada uno de ellos hasta el final del programa. Podemos decir que la sociabilidad paso de ser escasa a buena y al final fue muy buena, los pacientes se reunían para tener actividades fuera del programa como ir al cine, practicar algún deporte, etc.

La disposición para la organización del material así como para iniciar las actividades y ayudar a sus compañeros (cooperación) fue un proceso más lento toda vez que era necesario dar instrucciones y que ellos aprendieran las técnicas de los trabajos manuales a realizar, hubo pacientes que tenían habilidad para los trabajos manuales y fueron los que más participaron en la organización de las actividades repartiendo el material y ayudando a los demás compañeros, sin embargo todos los pacientes demostraron disposición para la realización de las actividades y facilidad para recibir y llevar a cabo instrucciones (accesibilidad).

En lo que se refiere en la capacidad para realizar las actividades sin necesidad de supervisión continua (dependencia) solo se observo en uno o dos pacientes tímidos o con falta de interés para realizar los trabajos manuales.

La actitud defensiva o de enojo al comunicarse con los demás (agresividad); negarse u oponerse a trabajar o a participar en las actividades (resistencia) afortunadamente no se presentaron, todos los pacientes como se menciona tuvieron buena disposición para participar en el programa.

En cuanto a la rareza en la conducta o comportamientos (excentricidad), se presento en los pacientes que presentaron síntomas de la enfermedad por cambio de medicamento.

En la gráfica 1 por medio de barras se esquematiza claramente que la mayoría de los pacientes presentaron comportamientos sociales aceptables, sin embargo hubo excepciones tanto en hombres como en mujeres quienes se salieron de la media. Las características que estos pacientes presentaron durante el tiempo que duro el programa se componen básicamente en dos vertientes: 1) o que el paciente se encontraba inestable en la sintomatología, 2) o que el paciente presentaba un funcionamiento más alto que la mayoría de los demás integrantes del grupo. Este funcionamiento puede estar asociado a tiempo de evolución de la enfermedad, recaídas, edad, etc.

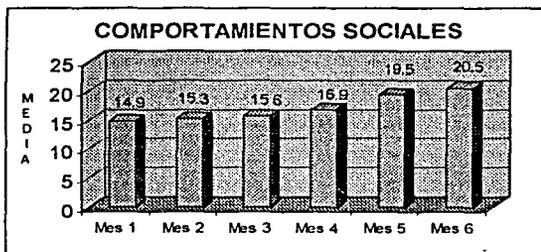
Sin embargo se puede observar que la mayoría de los pacientes tienen capacidad para adaptarse a un medio laboral en cuanto a los comportamientos sociales se puede observa que la media en la primera evaluación $X=14.85$ con relación a la sexta evaluación $X=20.50$ tuvo diferencias significativas con una $P < .000$ (también ver resumen cuadro 5).

A continuación se ilustran con cuadros y gráficas estos resultados.

CUADRO 1

COMPORTAMIENTOS SOCIALES

Comportamientos sociales	Medias
Mes 1	14.85
Mes 2	15.29
Mes 3	15.64
Mes 4	16.89
Mes 5	19.50
Mes 6	20.50



Gráfica 1

4.3 DESTREZA EN EL TRABAJO

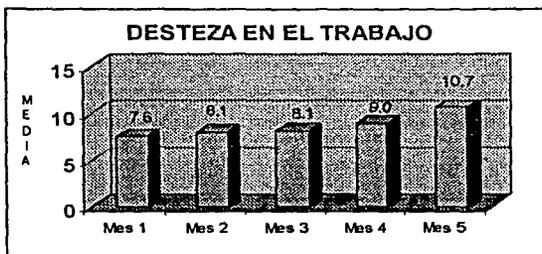
En este apartado se calificó la capacidad que tienen el paciente para realizar el trabajo asignado tomando en cuenta el esmero en la realización de los objetos, la habilidad de ejecución y la limpieza.

En la siguiente gráfica se puede observar que en la realización del trabajo los pacientes muestran buena ejecución en el trabajo. El grupo presentó de igual forma diferencias significativas en relación con la primera evaluación con una media de 7.58 y al final con una media de 10.77 con una $P < .000$ (también ver resumen cuadro 5), solo una paciente se sale de la media, las características de esta paciente es un cuadro inestable de sintomatología y con un diagnóstico asociado de amnesia disociativa que ningún otro paciente presentó al hacer el diagnóstico, por lo que podemos concluir que las personas con síntomas controlados pueden realizar trabajos manuales ya sea bajo supervisión o sin ella.

CUADRO 2

DESTREZA EN EL TRABAJO

Destreza en el trabajo	Medias
Mes 1	7.58
Mes 2	8.06
Mes 3	8.14
Mes 4	8.95
Mes 5	10.70
Mes 6	10.77



Gráfica 2

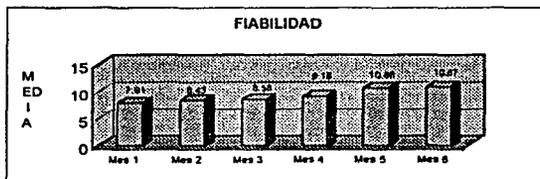
4.4 FIABILIDAD

Lo que corresponde a la fiabilidad definida como lo confiable que es el paciente para captación, recuerdo y ejecución de instrucciones para la realización de los objetos, solo las mujeres presentaron salirse de la media, dos pacientes presentaron síntomas floridos y pronósticos pobres en la rehabilitación y otras dos las pacientes tienen un muy buen desempeño y están muy bien controladas. La media de inicio en general fue de 7.91 al inicio y de 10.87 al final con una $P < .000$ (también ver resumen cuadro 5).

CUADRO 3

FIABILIDAD

Fiabilidad	Medias
Mes 1	7.91
Mes 2	8.43
Mes 3	8.58
Mes 4	9.16
Mes 5	10.66
Mes 6	10.87



Gráfica 3

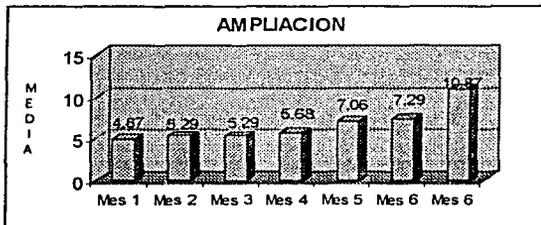
4.5 AMPLIACIÓN

Con relación a este concepto que mide la productividad del paciente en cuanto al trabajo que realiza, nuevamente aparecen fuera de la media 3 pacientes con alto funcionamiento y 2 pacientes con pobre funcionamiento, de cualquier forma en el grueso de los pacientes se encontraron diferencias significativas de 4.87 al inicio y de 7.29 al final respectivamente con una $P < .004$ (también ver resumen cuadro 5).

CUADRO 4

AMPLIACION

Ampliación	Medias
Mes 1	4.87
Mes 2	5.29
Mes 3	5.29
Mes 4	5.68
Mes 5	7.06
Mes 6	7.29



Gráfica 4

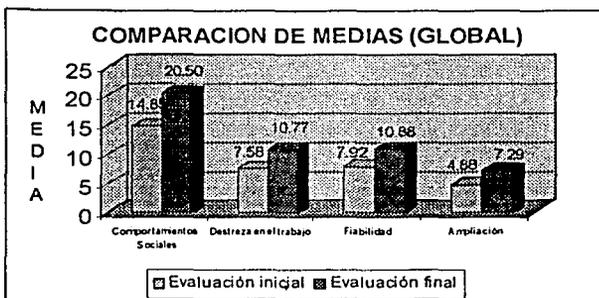
A continuación se muestra de manera global los resultados de los 4 aspectos evaluados e ilustrados anteriormente.

CUADRO 5

Comparación de medias pretest-postest

N=48

	Evaluación inicial X	Dst.	Evaluación fina X	Dst.	P
Comportamientos sociales	14.85	3.64	20.50	3.17	.000
Destreza en el trabajo	7.58	2.34	10.77	1.57	.000
Fiabilidad	7.92	2.42	10.88	1.47	.000
Ampliación	4.88	1.57	7.29	.92	.004



Gráfica 5

4.6 PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR

La percepción de la familia no tuvo diferencias significativas en cuanto a los cambios en los comportamientos de los pacientes dentro del hogar en los aspectos evaluados. Este análisis se hizo a través de la sumatoria total, pregunta por pregunta de todos los pacientes para ver si se encontraba algunos cambios.

Los resultados obtenidos dentro de la escala de comportamientos ocupacionales del paciente esquizofrénico dentro del hogar (ECOH) se encontraron diferencias significativas en las preguntas uno (¿tiene buen carácter?) con una $P = .0348$ y cuatro (¿es capaz de ver lo que tiene que hacer y hacerlo?) con una $P = .01176$. en las demás preguntas de esta escala no se encontraron diferencias significativas sin embargo la sumatoria de los rangos aumento en 16 preguntas y en cuatro disminuyo.

Dentro de los **Comportamientos sociales**: Definidos como las reacciones o conductas frente a sus familiares que son evaluadas a través de las preguntas 1, 6, 9, 13, 17, el rango aumento en cuatro de estas preguntas.

En el **Desempeño de actividades**: Definida como la capacidad que tiene el paciente para realizar el trabajo asignado evaluadas a través de las preguntas 2, 14, 16, 18, 20, el rango aumenta en todas las preguntas.

En el **cuidado personal**: Definida como la capacidad que tiene el paciente para realizar aseo personal toma de medicamentos y aspectos personales sin la supervisión del familiar responsable. Evaluadas a través de las preguntas 7, 10, 11, 15, 19, aumento en cuatro de las preguntas.

En la **Responsabilidad**: Definida como lo confiable que es el paciente para la realización de los de las tareas asignadas, o abandona el trabajo sin motivo y lo deja para después evaluadas a través de las preguntas 3, 4, 5, 8, 12, en tres de las preguntas aumenta.

En total 16 preguntas aumentaron y 4 disminuyeron, por lo que podemos concluir que si bien no hubo diferencias significativas estadísticamente se aprecian leves cambios en la percepción de la familia con respecto a los comportamientos de su familiar y por consiguiente podemos presumir que los comportamientos de los pacientes mejoraron

A continuación se presenta un cuadro que ilustra la sumatorias de los rangos ingreso-egreso de cada pregunta.

CUADRO 6

SUMATORIA DE RANGOS POR REACTIVO	Ingreso	Egreso
1. Tiene buen carácter	250.5	100.0
2. Es rápido para realizar las tareas asignadas en casa	124.0	227.0
3. Realiza las tareas asignadas sin que usted se lo recuerde	112.0	213.0
4. Es capaz de ver lo que tiene que hacer y hacerlo	86.00	265.0
5. Realiza su trabajo con agrado	218.5	246.5
6. Realiza las tareas en el momento que se le indican	101.0	224.0
7. Se baña sin que usted se lo recuerde	139.0	161.0
8. Es responsable del trabajo asignado en casa	256.5	208.5
9. Si su trabajo es interrumpido lo acepta con tranquilidad	70.50	119.5
10. Hace su trabajo con cuidado	180.0	189.0
11. Usa ropa limpia sin que usted se lo recuerde	151.0	125.0
12. Cuando inicia un trabajo continúa hasta terminarlo	234.5	171.5
13. Cuando se le asigna un trabajo lo acepta con agrado	108.5	144.5
14. Hace su trabajo con limpieza	123.0	202.0
15. Toma sus medicamentos sin que usted se lo recuerde	83.50	106.5
16. Se esfuerza por realizar las tareas asignadas en casa	124.0	254.0
17. Todas sus conductas son consideradas normales	113.5	162.5
18. Es mejor su trabajo cada vez que lo realiza	77.00	113.0
19. Se preocupa por hacer bien las tareas domésticas	137.5	115.5
20. El tiempo en que hace su trabajo en casa usted lo considera normal	219.5	158.5

CAPITULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

"Nada parece haber de rehabilitador e integrador en la reiterada producción de objetos" (McDonald, 1972), mi punto de vista es que la terapia ocupacional no debe enfocarse en entretener al paciente realizando objetos sin sentido o sin valor porque de esta manera la terapia ocupacional no cumple con su verdadera misión que es la de promover, desarrollar y mantener la máxima funcionalidad del individuo (Fiske y Maddi, 1961) y solo estaríamos haciendo lo contrario, acentuando en el paciente la incapacidad para realizar actividades provechosas que produzcan cambios favorables para su readaptación, en cambio si a estas actividades les damos un sentido diferente si les otorgamos un valor y una utilidad, si le permitimos al paciente percibir que su trabajo es aceptado, valorado y requerido por los demás estaremos cumpliendo con el verdadero sentido de la rehabilitación.

A Través de los resultados de la presente investigación podemos concluir que la rehabilitación y particularmente la terapia ocupacional, tomando como punto de partida, los trabajos manuales, se convierte en un factor clave para que el paciente se dé cuenta de sus capacidades, aunadas al reconocimiento de sus trabajos por los demás; lo que le permite el contacto con la realidad y sobreponerse a la enfermedad. De esta manera el paciente puede desarrollar satisfacciones, responsabilidades, juicios, opiniones sobre sí mismo, sobre lo que hace y le rodea. Podemos hablar así de que la persona afectada por una enfermedad mental crónica (esquizofrenia) tiene la capacidad de comprender como la enfermedad interfiere en el buen desempeño de sus actividades, de sus relaciones sociales, familiares, laborales, en sus capacidades intelectuales, en la adaptación al medio, etc. y del mismo modo tiene la capacidad de reconocer que puede sobreponerse a la enfermedad para llevar una mejor calidad de vida. Los

resultados de este estudio muestran que el paciente esquizofrénico tiene la capacidad para cambiar los comportamientos que conlleva la enfermedad.

En este estudio predominaron paciente de edades entre los 18 y 35 años siendo una población laboralmente activa. El impacto de la enfermedad deteriora de manera importante esta parte de la actividad humana el afán de producir, de generar, de crear, suelen estar ausentes en los pacientes esquizofrénicos que muestran escaso o nulo interés por cualquier tarea, tornándose de manera progresiva en improductivos (Kaplan y Sadok 1996).

En este capítulo se mencionarán las conclusiones más importantes del presente estudio que tuvo como objetivo evaluar los cambios asociados a un programa de Terapia Ocupacional en cuatro aspectos, en los comportamientos sociales, en la destreza en el trabajo, en la fiabilidad y en la ampliación en pacientes esquizofrénicos que son aspectos indispensables en un ambiente laboral y los comportamientos sociales, el desempeño de las actividades, el cuidado personal y la responsabilidad de los pacientes dentro del hogar.

1) Actividades dentro del hogar.

En la percepción del familiar responsable no se encontraron diferencias significativas estadísticamente, pero como ya se menciona en el capítulo de análisis de resultados la sumatoria total de los rangos aumento de ingreso a egreso mostrando así una leve mejoría estos resultados, esto puede estar relacionados con el tipo de trabajo que el paciente realiza dentro de casa, la falta de reconocimiento de sus labores por parte de la familia y lo más importante la remuneración económica.

2) Actividades dentro de la Terapia Ocupacional

Como se ha podido observar en el capítulo de resultados los pacientes presentan cambios significativos en todos los aspectos que se manejan dentro de la terapia ocupacional. Los **comportamientos sociales** mejoraron en todos los pacientes pasando de una buena comunicación, cooperación, ayuda hasta muestras de amistad, teniendo un buen funcionamiento social y en algunos casos podríamos presumir que no se percibía su enfermedad.

En el rubro de **destreza en el trabajo** también se observaron cambios importantes en el cuidado, habilidad y limpieza. Es importante mencionar que los cambios en la destreza en el trabajo están relacionados con el tipo de manualidad, sin embargo se puede apreciar con el tiempo que el paciente hace mejor sus trabajos y mejora la presentación de los mismos.

Con relación a la **fiabilidad** en donde se evalúa lo confiable que es el paciente para la captación, recuerdo y ejecución de instrucciones, podemos hablar de que la esquizofrenia no limita a la persona que la padece en este tipo de funciones necesarias e indispensables para cualquier trabajo o actividad que se quiera realizar y que no debemos suponer que la psicosis envuelve al paciente en una enfermedad de la cual no puede salir, dentro de la terapia ocupacional pudimos observar que el paciente tiene la capacidad para realizar las tareas que se proponga. Es evidente que el paciente con una práctica continua puede lograr la realización de lo que se propone y así alcanzar sus metas.

La **ampliación** evalúa el desinterés (aspecto muy característico) del paciente esquizofrénico al realizar alguna actividad, generalmente el paciente esquizofrénico abandona el trabajo para dedicarse a estar inactivo e improductivo. En este rubro hubo diferencias significativas entre el inicio el final del programa pudimos observar que el salirse continuamente del lugar de trabajo con la excusa de ir al baño o de fumarse un cigarro fue disminuyendo, cabe aclarar que en el sexto mes se organizo un bazar navideño en donde sus trabajos fueron puestos a la venta situación que a mi parecer influyo de manera decisiva toda vez que los

pacientes mostraron mucho más interés en realizar las manualidades. Con lo anterior podemos concluir que se hace importante que la persona con algún tipo de enfermedad mental tenga una ocupación permanente para que así puedan mantener sus capacidades y darse cuenta de que tienen la oportunidad para reincorporarse a sus actividades cotidianas y desempeñar más roles que les permitan ser autosuficientes, ya que la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes y tienen posibilidades de trabajo.

Estos resultados son similares a los reportados en la literatura: MacDonald (1972) refiere que el solo hecho de que el paciente realice una actividad productiva, por si mismo es fuente de autosatisfacción, aumenta la propia estima aunada al reconocimiento social o de grupo, fomenta la individualidad y aun puede ser un estímulo importante para la racionalidad.

Otros estudios realizados como el de Kielhofner (citado en Gusich y col. 1991), el de Hayes (1989), el de Ordaz (1991), el de Díaz-Martínez LR y col. (1997), han demostrado tener buenos resultados en la rehabilitación del paciente. Estos estudios aportan, que la estructura de las actividades dentro de un programa de rehabilitación puede contribuir a la reducción de la sintomatología positiva.

Lehman (1995) en un estudio de tres años sobre rehabilitación laboral con 112 pacientes esquizofrénicos de consulta externa encontró que 23% de los pacientes se había integrado a tareas laborales abiertas, 25% trabajaban en un empleo protegido; 25% permanecían en la terapia ocupacional y 27% seguían desempleados.

Lehman, (1999, 1999b) reportó en sus estudios con pacientes esquizofrénicos que la ocupación contribuye a mejorar la integración en el trabajo, a reducir las hospitalizaciones y a estabilizar el estado psicopatológico de este.

Por lo tanto La terapia ocupacional dentro de la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico no pretende una reintegración total de los pacientes a una vida normal, pero, sí está a su alcance el ayudar al sujeto a que reconozca sus habilidades y capacidades para tener una mejor calidad de vida, para que se sientan productivos, activos y aceptados dentro de su familia y la sociedad.

5.1 LIMITACIONES

Una limitación en este estudio es el hecho de no se contaba con lugares apropiados para atender tantos, pacientes por lo que fue necesario dividir a estos en dos grupos dando un tiempo de hora y media a cada grupo lo cual limitaba el tiempo para la realización de los trabajos y el desempeño de los pacientes, además contar solamente con un coterapeuta.

Es necesario contar con un programa de integración laboral para los pacientes que participen en el programa de rehabilitación para que de esta forma el proceso terapéutico impartido tenga un mejor impacto en la vida funcional de los mismos, tanto en lo físico como en lo afectivo, intelectual, social, familiar y laboral.

En algunos pacientes la presencia de ciertas variables como lo son la falta de adherencia al tratamiento medicamentoso o terapéutico, la ausencia o presencia de aceptación de enfermedad por parte del paciente y la presencia de síntomas positivos y negativos en algunos pacientes, no pudieron ser controladas y afectaban el funcionamiento del grupo en general.

5.2 SUGERENCIAS

Se sugiere para próximos estudios una mejor selección de pacientes, tanto en su control farmacológico, edad, habilidades gusto y destrezas, a sí como en su nivel de capacidad.

Pugnar por que al enfermo mental se le considere discapacitado como a los enfermos físicos para que tengan más oportunidades de readaptación y cuenten con más redes de apoyo tanto social como laboralmente.

Contar con un programa de rehabilitación laboral para poder ubicar al paciente en un ambiente laboral, ya sea bajo supervisión o sin ella o, en su defecto, ubicarlo en su actividad ocupacional previa a su enfermedad.

Hacer un estudio de seguimiento de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación, con dos tendencias bien delimitadas, por un lado, para evaluar que tan efectivo es el programa y por otro lado, el conocer el impacto que tiene dentro de la vida de los pacientes.

Se sugiere que para otras investigaciones se realice un estudio en donde se puedan comparar dos grupos (control y experimental) en el cual se logre observar el efecto de la terapia ocupacional.

5.3 APORTACIONES

Estudios como éstos pueden ser de gran ayuda, ya que si se les da a conocer a los pacientes esquizofrénicos sus capacidades y sus habilidades y en un segundo plano, se posibilita que los pacientes recuperen las habilidades perdidas en el aspecto laboral y ocupacional, con lo cual contribuye a su readaptación social, es decir, se coadyuva a que el paciente tenga una actividad productiva que le permita una mejor calidad de vida en el ámbito social familiar y económico; 2). para desarrollar alternativas de tratamiento y rehabilitación que amplíen el campo de la psicología, 3). este estudio aporta dos instrumentos de evaluación válidos y confiables, uno, da a conocer la capacidad que tiene el paciente para realizar las tareas ordinarias del dentro del hogar y el segundo, nos da información de las capacidades que tiene el pacientes para adaptarse a un trabajo remunerado, ya sea bajo supervisión o sin ella y 4) es una forma más de evaluar al paciente que participa en un programa de rehabilitación en donde se

incluya la terapia ocupacional. Este tipo de evaluación aporta información que refuerza los resultados del programa en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association (1994). DSM-IV: Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4ta edition. Washington D.C.
2. American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington: American Psychiatric Association, 146, 50-61.
3. Aquila, R., Weiden, P.J. & Emanuel, M. (1999). Compliance and the rehabilitation alliance. Journal of Clinical Psychiatry, 60 (sup 19), 23-27.
4. Awad-AG; Voruganti-LNP; Heslegrave-RJ. (1997) Measuring quality of life in patients with schizophrenia. PharmacoEconomics. PharmacoEconomics. 11/1 pp32-47.
5. Barton, W & John, W (1961). Family care and outpatient psychiatry. A, J. Psychiatry, 117, 644-647.
6. Bekc, AT., Rector, NA. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for new Millennium. Am. J. Psychother. 54, 3, 291-300
7. Benassini Felix, O. (1997) Esquizofrenia A-1. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Ed. Intersistemas.
8. Bellak , L., Black, B.J., Lurie, A, et al . (1956): Rehabilitation of the mentally ill trough controlled transitional employment. Am. J. Orthopsychiatry, 26, 285-296.
9. Bellak, L (1964). Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health. Grune and Straton, New York.
10. Braceland, F (1975). Rehabilitation. En: American Handbook of Psychiatry. Basic Books Inc. Nueva York, 5, 693-689.

11. Brakshaw, W. (2000). Intergrating cognitive-behavioral psychoterapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: results or a three year trial. Comunity Ment Health J, 36, 5. 491-500.
12. Braive, CH. (1988). The professional apprenticeship enterprise: An experiment in readapting mentally ill adults to working life. J Mental Health, 17, (2), 65-71.
13. Brenner, H., Dencker, J., Goldstein, J., Hubbard, W., et al. (1990). Defining Treatment Refractoriness in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 16, (4), 551-561.
14. Broker, M., Keller, A., Konig-Haase, M., Piebe, S. (2000). Political change in East Germany 1989-90 un the Lives of Chonic Schizophrenic patients. Fortsch Neurol Psychiatr. 68 , 8, 380-386.
15. Caplan, G (1965). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Inc Nueva York.
16. Caraveo A.J., Medina-Mora, M.E., Rascón, G. M.L., Villatoro J., López, EK., Juarez, F., Gómez, M., Martínez, MA. (1994): Características psicológicas de la población urbana adulta en México, Resultados de la encuesta nacional de hogares. Anales V, Reseña de la IX Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 22-42.
17. Caraveo A.J., (1996) La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana. Estado actual y perpectivas. Salud Mental, 19; Suplemento. 8-13.
18. Carpenter, W.T. Comentario (1993). El tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Psychiatry, 56: 301-306.
19. Carpenter, WT, Kirkpatrick, B.(1988). "The heterogeneity of long-term course of schizophrenia implications for future research" Schizophrenic Bulletin. 14, 645-652.

20. Cechnicki, A. Bielenska, A. & Walczewski, K. (1999). Therapeutic camp as a part of an integrated community program for schizophrenic patients. The International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 20, (2), 103-117.
21. Chakos, M., Liberman, J., Hoffman, E., Bradford, D., and Sheitman, B. (2001). Effectiveness of Second-Generation Antipsychotics in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. Am. J. Of Psychiatry, 158, (4), 518-526.
22. Clark, D. & Stafford, (1952) Psychiatry Today, p. 169. London.
23. Cooper, A & Early, D (1963). Evolution in the mental hospital. In : Trends in the Mental Health Services. A Freeman and J. Farndale (Eds). Macmillan, 76-86.
24. De la Fuente R, Diaz-Martínez R. (1993) Proyecto para el Estudio, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Esquizofrénico. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
25. Díaz-Martínez, LR., Murow, E., Ortega, H., Valencia, M., Rascón, ML., Ramírez, I. (1996) El manejo integral del paciente esquizofrenico. Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Revista de Salud Mental, V. 19 No. 4: 1-7.
26. DSM-IV, (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson; 279-296.
27. Fernández, JM & Robles, AC (1999). Psychosocial rehabilitation of patients with mental illness and ethic reflection. A case review. Anales de Psiquiatría. 15, (3), 118-123.
28. Fiske, D. W. & Maddi, S. R. (1961) Functions of Varied Experience. Illinois (cap. 5, p. 106).
29. Freeman, HE & Simons, OG (1963). The Mental Patient Goes Home. Wiley, New York.

30. Furedi J. (1986) Un punto de vista sobre la rehabilitación del paciente psiquiátrico en Hungría. Salud Mental, 2(9):28-29.
31. Garnica, P.R. (1995). Esquizofrenia, Diagnóstico y Tratamiento en la práctica médica. México: Psicofarma, 182.
32. Gusich, Rebeca -L., Silverman, A-Lynne. (1991). Basava Day Clinic: The model of human occupation as applied to psychiatric day hospitalization. Occup-Ther-Ment- Health. Vol. 11 (2-3) 113-134.
33. Gutierrez JH, Tovar H(1984) La Vigilancia Epidemiológica de los Trastornos Mentales. Salud Pública Mex, 26: 464-483.
34. Hayes-R. (1989). Occupational therapy in the treatment of schizophrenia. Occup-Ther-Ment- Health 9/3, 51-68.
35. Jeste, V. Eastham H., Lacro, P., Gierz M. et al. (1996). Management of Late-Life Psychosis. J. Clin. Psychiatry, 57, supp. 3, 39-45.
36. Kaplan, H. Sandock y Greebb. (1994) sinopsis de Psiquiatría. Buenos Aires: Médica panamericana.
37. Kaplan. H. & Sadock, B.J. (1996). Sinopsis de Psiquiatría, 7ª. Ed. Panamericana,471-500.
38. Kissling, W (1994). Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, (Suppl. 32), 16-24.
39. Kraepelin, E. (1913). Clinica Psychiatry. New York: William Wood.
40. Leños, G.C. (1998). Trabajo interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

41. Lehman, AF (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophr. Bull., 21, (4), 645-656.
42. Lehman, AF (1999). Developing an outcomes-oriented approach for the treatment of schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 60, (sup 19), 30-35.
43. Lehman, AF (1999b). Assessment of quality of life outcomes in schizophrenic patients. American journal of Managed Care. 5, (10 Suppl.), S612-S619.
44. Liberman, R. P., Kopelowicz, A. & Young, A.S. (1994). Biobehavioral Treatment and Rehabilitation of Schizophrenia. Behavior Therapy , 25, 98-107.
45. MacDonald, E. M. (1972). Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Barcelona España, 515.
46. Mackinnon, RA. And Michel, SR. (1973). Psiquiatría Clínica Aplicada . Mexico Ed. Interamericana.
47. McKenna, PJ. (1994) The Natural history for Schizophrenia. In Schizophrenia and Related Syndromes, PP. 52-72. Oxford: Oxford University Press.
48. Maxwell. J. (1969) Group work in mental hospitals. Brit. J. Psych., 112, 491.
49. Medina-Mora, ME. Rascón. ML., Tapia, R., Mario, J., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M. (1985). Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de práctica médica general. Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat., 31, 53-61.
50. Medina-Mora, ME. Rascón. ML., Tapia, R., Mario, J., Villatoro, J., Caraveo, J., Gómez, M. (1992) Trastornos emocionales en población urbana mexicana.

Resultados de un estudio nacional. Anales III. Reseña de la VII Reunión del
Investigación Instituto Mexicano de Psiquiatría 48-55.

51. O.M.S. (1969): Comité de Expertos de la OMS sobre Rehabilitación Médica.
Segundo informe. Ginebra. (Serie de informes técnicos No. 419).

52. Ordaz Ducunge, EB. (1991) Rehabilitación Psiquiátrica. Ministerio de salud
pública de Cuba, 1-72.

53. Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del
Comportamiento. Descripción Clínica y Pautas para el Diagnóstico. OMS.
España, 113-125.

54. Reker, T (1999). Psychiatric work therapy – Concepts, practice and research
results. Psychiatrische Praxis, 26, (1), S12-S15.

55. Revere, V.L., Rodeffer C.J., Dauson, M.A. et al. (1983). Modifying
psychotherapeutic techniques to meet the needs of chronic schizophrenics.
Hospital and Community. Psychiatry, 34, (4), 361-362.

56. Reynolds, P.D. (1971). A primer in Theory construction. Indianapolis, Indiana:
The Bobbs-Merrill Company Inc. 11va. Impresión de 1983.

57. Steinhart I (1992). Prediction of hospitalization within a psychiatric community
care system a five-year study. Psychiatry Epidemiol, 27, 270-278.

58. Straube, E.R. y Oades, R.D. (1993) Schizophrenia, Empirical Research and
Findings. Neu York: Academic Press.

59. Tovar H (1987) La Atención de la Salud Mental de la Población Abierta.
Psiquiatría, 3: 107-119.

60. Turkington, D., Kingdon, D. (2000) Cognitive-behavioral techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. Br. J. Psychiatry. 177, 101-106.
61. Valencia M. (1996) Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. Rev. Psiquiatría. Vol. 12: 72-86.
62. Wiersma, D., Fokko, J., Cees J. S. & Giel, R. (1998): Natural Course Of schizophrenic Disorders: A 15-Year Follow-up of a Dutch Incidence Cohort. Schizophrenia Bulletin, 24, (1), 75-85.
63. Wing, JK & Brown, G (1970). Institutionalize and Schizophrenia: A comparative Study of Three Mental Hospitals. Cambridge University Press, Cambridge.

ANEXOS

**ESCALA DE EVALUACION DE COMPORTAMIENTOS SOCIALES EN
UN AMBIENTE LABORAL
(ECSAL)**

**ESCALA DE EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS
SOCIALES EN UN AMBIENTE LABORAL
ECSAL**

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

PERIODO QUE ABARCA EL INFORME: _____

TIPO DE TRABAJO: _____

NOMBRE DEL TERAPEUTA: _____

ASISTENCIA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Justifica y anuncia sus faltas				
Llega a la hora				
Permanece hasta el final				

COMPORTAMIENTOS SOCIALES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Da muestras de amistad frente a sus compañeros				
Interviene para la buena realización de las actividades				
Tiene facilidad para relacionarse con sus compañeros				
Trabaja sin necesidad de supervisión continua				
Reacciona positivamente frente a la autoridad y compañeros				
Trabaja voluntariamente				
Pasaría desapercibida su enfermedad en un ambiente laboral exterior				

DESTREZA EN EL TRABAJO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Es cuidadoso cuando realiza el trabajo				
Pone interés en el trabajo				
Es limpio para trabajar				

FIABILIDAD	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Capta instrucciones				
Una vez enseñado, recuerda lo que tiene que hacer				
Es capaz de ver lo que debe hacer y hacerlo sin que se le diga				

AMPLIACION	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
Trabaja con constancia				
Esta satisfecho de su trabajo				
Toma descansos				

**ESCALA DE COMPORTAMIENTOS OCUPACIONALES DEL
PACIENTE ESQUIZOFRENICO DENTRO DEL HOGAR
ECO**

**ESCALA DE COMPORTAMIENTOS OCUPACIONALES DEL PACIENTE
ESQUIZOFRENICO DENTRO DEL HOGAR
ECOH**

Nombre del paciente: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____
 Ocupación actual: _____
 Última Ocupación: _____ Fecha inicio: _____ Fecha Término: _____
 Nombre del Familiar _____ Parentesco _____

Marque con una X el recuadro que usted crea se adapte más a su familiar.

PREGUNTAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA
1. Tiene buen carácter				
2. Es rápido para realizar las tareas asignadas en casa				
3. Realiza las tareas asignadas sin que usted se lo recuerde				
4. Es capaz de ver lo que tiene que hacer y hacerlo				
5. Realiza sus tareas en el momento que se le indican				
6. Realiza su trabajo con agrado				
7. Se baña sin que usted se lo recuerde				
8. Es responsable del trabajo asignado en casa				
9. Si su trabajo es interrumpido lo acepta con tranquilidad				
10. Hace su trabajo con cuidado				
11. Usa ropa limpia sin que usted se lo recuerde				
12. Cuándo inicia su trabajo continúa hasta terminarlo				
13. Cuándo se le asigna un trabajo lo acepta con agrado				
14. Hace su trabajo con limpieza				
15. Toma sus medicamentos sin que usted se lo recuerde				
16. Se esfuerza por realizar las tareas asignadas en casa				
17. Todas sus conductas son consideradas normales				
18. Es mejor su trabajo cada vez que lo realiza				
19. Se preocupa por hacer bien las tareas domésticas				
20. El tiempo en que hace su trabajo en casa usted lo considera normal				

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**