



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2010/2011

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Revisión Sistemática: Intervenciones de  
terapia ocupacional en personas  
diagnosticadas de esquizofrenia**

**Sheila Casal Barcala**

**05/07/11**

## ÍNDICE

1. RESUMEN ESTRUCTURADO.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO.....	6
4. METODOLOGÍA.....	7
4.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	7
4.2 Búsqueda bibliográfica.....	7
4.2.1 Búsqueda de revisiones sistemáticas.....	7
4.2.2 Búsqueda de estudios originales.....	12
5. RESULTADOS.....	19
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	38
ANEXO I: Estrategias de búsqueda realizada de revisiones sistemáticas.....	39
ANEXO II: Estrategias de búsqueda realizada de estudios originales.....	40
ANEXO III: Tabla de nivel de evidencia y grado de recomendación.....	41

## 1. RESUMEN ESTRUCTURADO

**Introducción:** La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta al 1 % de la población. En el ámbito de la estancia hospitalaria prolongada para las personas diagnosticadas de esquizofrenia, el abordaje terapéutico cumple un papel importante junto con esta intervención psicofarmacológica dentro del contexto global de la intervención rehabilitadora, y la Terapia Ocupacional se convierte en un medio de relevancia para aquellas intervenciones interdisciplinarias orientadas a lograr autonomía e independencia en el usuario, destinadas a aumentar su nivel de calidad de vida.

**Metodología:** Se realiza una revisión sistemática con el objetivo de conocer la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional que se utilizan actualmente en el ámbito de Salud Mental, concretamente en personas que padecen una esquizofrenia. Se hizo en primer lugar una búsqueda en bases de datos especializadas en revisiones sistemáticas (Biblioteca Cochrane Plus, JBIConnect y OTSeeker) para localizar las últimas revisiones disponibles y a partir de ella se inicia la búsqueda en bases de datos de estudios originales (Medline, Cinahl y Scopus).

**Resultados:** Se identifican 51 artículos de ensayos clínicos y estudios descriptivos de los cuales sólo 13 se ajustan a los criterios de inclusión.

**Conclusiones:** La intervención en personas con esquizofrenia desde Terapia Ocupacional se deriva en tres ámbitos, uno cognitivo, uno social-laboral y otro en cuanto a Actividades de la Vida Diaria, destinados a aportar el mayor nivel de independencia y autonomía al usuario aportando beneficios más allá de la evolución psicopatológica del sujeto.

## 2. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta al 1 % de la población. La enfermedad varía en su gravedad y en la presentación de sus síntomas. Cada año, una persona de cada 10.000 desarrolla esquizofrenia.

El primer episodio de esquizofrenia a menudo se presenta poco tiempo después de cumplidos los 20 años de vida y la evolución de la enfermedad es variable. Muchas personas experimentan un grado considerable de discapacidad y se observa un aumento sustancial en la mortalidad.<sup>1</sup> Presentan dificultades en la forma y contenido de su pensamiento construyendo asociaciones ilógicas y desarrollando falsas explicaciones, acerca de sus propias emociones y sentimientos, estos son, delirios, surgiendo así problemas en cuanto a falsas percepciones, como oír voces desmoralizantes o visiones, alucinaciones, que modifiquen su forma de comportarse en público. Estas dificultades relacionadas con la concentración, la atención y la motivación, llevan a un funcionamiento social y ocupacional deficiente.<sup>1</sup> Puede presentarse un único episodio de la enfermedad, sin embargo, la gran mayoría de las personas que la padecen tienen remisiones y repeticiones del brote, pudiendo reducir la capacidad de su propio autocuidado debido a la disminución de sus características funcionales, convirtiéndose de este modo en una enfermedad crónica e incapacitante.

La esquizofrenia suele recibir diferentes tipos de tratamiento de modo simultáneo. El tratamiento farmacológico se usa comúnmente para los síntomas.<sup>2</sup> En el ámbito de la estancia hospitalaria prolongada para las personas diagnosticadas de esquizofrenia, el abordaje terapéutico cumple un papel importante junto con esta intervención psicofarmacológica dentro del contexto global de la intervención rehabilitadora.<sup>2,3</sup>

La discapacidad social que suele acompañar a la enfermedad puede requerir entonces de diversos tratamientos psicológicos, de enfermería y ocupacionales. Estos tratamientos se incluyen bajo el término general de "Rehabilitación".<sup>3</sup>

La intervención del terapeuta ocupacional en el ámbito de la salud mental se encaminará por tanto a promover el aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades de automantenimiento y autocuidado, educativas y productivas, y de ocio y lúdicas; favorecer la participación e integración social, y favorecer esta participación, a través de la modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que tiene lugar ese desempeño.<sup>4</sup>

Debido a la alta incidencia de personas con esquizofrenia, la Terapia Ocupacional se convierte en un medio de relevancia para aquellas intervenciones interdisciplinarias orientadas a lograr autonomía e independencia en el usuario, destinadas a aumentar su nivel de calidad de vida.<sup>4,5</sup>

Se establece así la necesidad de una revisión sistemática que recoja distintas intervenciones efectuadas desde Terapia Ocupacional en el ámbito de la esquizofrenia para ofrecer una mayor calidad asistencial a estos usuarios en relación a su nivel de eficacia demostrada.

### **3. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO**

El objetivo de este trabajo es conocer la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional que se utilizan actualmente en el ámbito de Salud Mental, concretamente en personas que padecen una esquizofrenia.

## 4. METODOLOGÍA

Se realizará una revisión bibliográfica sobre la literatura científica actual. Los pasos principales para este estudio serán:

### 4.1 Criterios de inclusión y exclusión

- Tipo de usuarios: se incluirán en este estudio artículos que estudien personas que tengan un diagnóstico médico de esquizofrenia y que se encuentren en edad adulta (19-44 años). Asimismo, es necesario que se encuentren ingresados y que reciban medicación para el tratamiento de los síntomas. Por otro lado, se excluirán aquellas personas que además de padecer una esquizofrenia sufran otra patología asociada.
- Tipo de intervención: se excluirán de este estudio aquellos artículos que hablen de otras intervenciones que no se encuentren relacionadas con terapia ocupacional.
- Idiomas: los artículos científicos que se tendrán en cuenta serán aquellos redactados en español e inglés.
- Cobertura cronológica: no se tendrán en cuenta los artículos que tengan un tiempo de publicación mayor a 6 años.
- Tipo de estudio: la información ofrecida por artículos de opinión y cartas al director no se utilizará para llevar a cabo este estudio.

### 4.2 Búsqueda bibliográfica

Con el objetivo de conocer la evidencia científica actual respecto a este tema se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos tanto de ámbito internacional como nacional. La búsqueda bibliográfica se realizó a lo largo del mes de marzo de 2011.

#### 4.2.1 Búsqueda de revisiones sistemáticas

- Biblioteca Cochrane Plus: Elabora revisiones sistemáticas a partir de ensayos clínicos controlados. (Anexo I)

- JBI COnNECT: La base de datos JBI contiene revisiones producidas por la Colaboración Joanna Briggs en el ámbito de la práctica basada en la evidencia. Las revisiones se centran en el significado de viabilidad pertinencia y efectividad de las intervenciones de salud. (Anexo I)
- OTseeker: Es una base de datos que contiene resúmenes de revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios pertinentes a la terapia ocupacional. Los ensayos han sido críticamente evaluados y calificados para ayudar a evaluar su validez e interpretación. (Anexo I)

Tabla I. Resultados de la búsqueda de revisiones sistemáticas (Cochrane, OTseeker)

Referencia	Inclusión	Razones de exclusión
Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliott HJ. Atención de 24 horas para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD004409. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	No habla de una intervención propia de Terapia Ocupacional.
McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D. Intervenciones breves para los consumidores de grandes cantidades de alcohol ingresados en unidades del hospital general (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 3 Art no. CD005191. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	La edad de los participantes es a partir de los 16 años y además pueden sufrir cualquier enfermedad psiquiátrica (no se limita a la esquizofrenia).
Tungpunkom P, Nicol M. Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	Si	
Agarwal V, Abhijnhan A, Raviraj P. Medicina ayurvédica para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	Las intervenciones que se valoran no son propios de Terapia Ocupacional.
Ruddy RA, Dent-Brown K. Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).	No	Aunque es una terapia que se podría llevar a cabo en Terapia Ocupacional, no es propia de esta disciplina.
Joy CB, Adams CE, Rice K. Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> . (Traducida de The Cochrane	No	No se menciona ninguna intervención de Terapia Ocupacional.

Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).		
<b>He Y, Li C. Terapia Morita para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.).</b>	No	Es una terapia que se podría aplicar en Terapia Ocupacional pero no es propia de la misma.
<b>Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000968.</b>	No	La búsqueda se limita a los últimos 6 años y esta revisión sistemática está publicada en el año 2000.

Tras la selección de las revisiones sistemáticas, hemos llevado a cabo una lectura crítica de las mismas:

Tabla II. Revisiones sistemáticas seleccionadas

Referencia	Tipo de estudio	Pacientes	Intervención	Principales resultados	Nivel de evidencia
<p><b>Tungpunkom P, Nicol M. Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.)<sup>6</sup></b></p>	Revisión sistemática.	<p>Se incluyeron a aquellas personas que se encontraban en edad adulta (18-60 años), que sufrieran alguna enfermedad mental crónica diagnosticada mediante cualquier criterio. Por otro lado, se excluyeron las personas con demencia, alcoholismo, alto riesgo suicida y síndrome cerebral orgánico.</p>	<p>Programa de habilidades para la vida (capacitación en administración de dinero, organización y administración del hogar, habilidades domésticas y autocuidado personal, y habilidades personales relacionadas).</p>	<p>Hasta el momento, no existen pruebas de ensayos aleatorios que sugieran que estos programas para personas con esquizofrenia/enfermedades crónicas son beneficiosos, pero tampoco que muestren que son ineficaces.</p>	IA

#### 4.2.2 Búsqueda de estudios originales

- Medline: es la base de datos más importante de la NLM abarcando los campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. PubMed es un proyecto desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM). Permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas por la NLM. (Anexo II)
- Cinahl: es una base de datos internacional para los profesionales de la enfermería y para estudiantes, profesores e investigadores de otras ramas derivadas. (Anexo II)
- Scopus: Es la mayor base de datos de resúmenes y citas de literatura revisada por expertos y fuentes Web de calidad con herramientas electrónicas para rastrear, analizar y visualizar la investigación, y se incorpora sin interrupciones en el volumen de trabajo de los investigadores. (Anexo II)

Se revisaron los artículos obtenidos de las bases de datos Medline, Cinahl y Scopus y se eliminaron los duplicados. El total es 51 artículos.

Tabla III. Resultados de la búsqueda en las bases de datos.

Referencia	Inclusión	Razones de exclusión
Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. Aust Occup Ther J. 2010 Oct;57(5):310-7. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00849.x. Epub 2010 Aug 30.	Si	
Poon MY, Siu AM, Ming SY. Outcome analysis of occupational therapy programme for persons with early psychosis. Work. 2010;37(1):65-70.	No	La edad de los participantes se encuentra comprendida entre los 15 y 25 años. Además la patología estudiada es la psicosis y la esquizofrenia temprana.
Bejerholm U. Relationships between occupational engagement and status of and satisfaction with sociodemographic factors in a group of people with schizophrenia. Scand J Occup Ther. 2010 Sep;17(3):244-54.	No	Estudia la satisfacción con los factores socio demográficos de las personas que padecen una esquizofrenia y el compromiso profesional de los mismos.
Tan BL. Hybrid transitional-supported employment using social enterprise: a retrospective study. Psychiatr Rehabil J. 2009 Summer;33(1):53-5.	Si	
Aubin G, Chapparo C, Gélinas I, Stip E, Rainville C. Use of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis for persons with schizophrenia: a preliminary study. Aust Occup Ther J. 2009 Jun;56(3):189-99.	No	El estudio no valora la eficacia de algún tratamiento de Terapia Ocupacional
Major BS, Hinton MF, Flint A, Chalmers-Brown A, McLoughlin K, Johnson S. Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Jan;45(1):1-8. Epub 2009 Mar 21.	No	La patología estudiada es la psicosis, no se menciona la esquizofrenia.
Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year follow-up. Schizophr Res. 2008 Oct;105(1-3):18-29. Epub	Si	

<b>2008 Aug 19.</b>		
<b>Gruber EN, Ivezić-Strkalj S, Agius M, Martić-Biocina S. "Since I have my case manager, I am back to life" case management in Croatia. Psychiatr Danub. 2008 Mar;20(1):63-70.</b>	No	No se estudia la eficacia de ninguna intervención propia de Terapia Ocupacional.
<b>Eklund M, Leufstadius C. Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. Can J Occup Ther. 2007 Oct 4;74(4):303-13.</b>	No	No se estudia la efectividad de intervenciones propias de Terapia Ocupacional
<b>Liu KW, Hollis V, Warren S, Williamson DL. Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. Am J Occup Ther. 2007 Sep-Oct;61(5):543-54.</b>	Si	
<b>Chan SH, Lee SW, Chan IW. TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. Occup Ther Int. 2007;14(2):86-98.</b>	Si	
<b>Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2007 May;190:421-7.</b>	Si	
<b>Harris N, Lovell K, Day JC. Mental health practitioner's attitude towards maintenance neuroleptic treatment for people with schizophrenia. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007 Apr;14(2):113-9.</b>	No	No se trata ninguna intervención de Terapia Ocupacional
<b>Su CY, Chen WL, Tsai PC, Tsai CY, Su WL. Psychometric properties of the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment-Second Edition in Taiwanese persons with schizophrenia. Am J Occup Ther. 2007 Jan-Feb;61(1):108-18.</b>	No	El objetivo de este estudio no se corresponde con el nuestro.
<b>Nawata S, Yamauchi K, Ikegami N. Do staffing levels determine outcome in psychiatric inpatient care? - Factors related to the ratio of period hospitalized in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Dec;60(6):709-17.</b>	No	No estudia ninguna intervención relacionada con Terapia Ocupacional.
<b>Leung TK, Tsang HW. Chinese version of the Assessment of Interpersonal Problem Solving Skills. Psychiatry Res. 2006 Aug 30;143(2-3):189-97.</b>	No	Se estudia ninguna intervención propia de Terapia Ocupacional.
<b>Waltermire D; Walton L; Steese B; Riley J; Robertson A. Assessing sensory characteristics of the work environment for adults with schizophrenia or schizoaffective disorder. OT Pract. 2010 Apr 26; 15(7): 12-5, 16-7.</b>	No	No estudia la eficacia de las intervenciones de Terapia Ocupacional.

<b>Cmero J, Stewart J, Tavares S, Wardwell P; Understanding the culture of mental illness. OT Pract. 2009 Oct 12; 14 (18): 14-8.</b>	No	No tiene como objetivo estudiar la eficacia de alguna intervención de Terapia Ocupacional.
<b>Grimm EZ, Meus JS, Brown C, Exley SM, Hartman S, Hays C, Manner T. Meal preparation: comparing treatment approaches to increase acquisition of skills for adults with schizophrenic disorders.. OTJR Occup Participation Health. 29 (4): 148-53.</b>	Si	
<b>Ishikawa Y, Okamura H. Factors that impede the discharge of long-term schizophrenic inpatients. Scand J Occup Ther. 2008 Dec; 15(4): 230-5.</b>	No	El objetivo de este estudio no coincide con el objetivo que se plantea en nuestro trabajo.
<b>Roush S. Occupational therapy and co-occurring disorders of mental illness and substance abuse. Ment Health Spec Interest Sect Q. 2008 Jun; 31(2): 1-4.</b>	No	Incluye los abusos de sustancias.
<b>Liu KPY, Ng BFL. Usefulness of the Model of Human Occupation in the Hong Kong Chinese context. Occup Ther Health Care. 2008 Jun; 22(2-3): 25-36.</b>	No	El tema tratado en este estudio no responde a la cuestión que se plantea en el nuestro.
<b>Katz N, Tadmor I, Felzen B, Hartman-Maeir A. Validity of the Executive Function Performance Test in individuals with schizophrenia. OTJR Occup Participation Health. 2007 Spring; 27(2): 44-51.</b>		Este estudio no examina la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional, sino que estudia la fiabilidad de un test.
<b>Mishra SK, Mishra BR, Mishra S, Verma PK, Praharaj SK. Hospital dependency: An existing concept. Psychiatr Danub. 2010; 22(4): 548-9.</b>	No	No se menciona ninguna intervención de Terapia Ocupacional.
<b>Patel SS, Attard A, Jacobsen P, Shergill S. Acetylcholinesterase inhibitors (AChEI's) for the treatment of visual hallucinations in schizophrenia: A case report. BMC Psychiatry.2007;10</b>	No	El artículo no se encuentra relacionado con Terapia Ocupacional.
<b>Magalhães R, da Silva JA, Barahona-Corrêa B, Xavier M. Resistant schizophrenia in a patient with epilepsy. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010;34(3): 559-60.</b>	No	El artículo no menciona intervenciones propias de Terapia Ocupacional.
<b>Crain M, Penhale C, Newstead C, Heah T, Barclay K. The contribution of IPS to recovery from serious mental illness: A case study. Work. 2009;33(4): 459-64.</b>	No	La intervención estudiada no es de Terapia Ocupacional.
<b>Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson L. Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. Work. 2009; 34(1): 21-32</b>	Si	
<b>Kopelowicz A, Liberman R P, Wallace CJ, Aguirre F, Mintz J. The effects of olanzapine and risperidone on learning and retaining entry-level work skills. Clin Schizophr Relat Psychoses.</b>	No	El artículo se encuentra desvinculado de la Terapia Ocupacional.

2009;3(3), 133-41		
Hauser M, Lautenschlager M, Gudlowski Y, Özgürdal S, Witthaus H, Bechdorf A, et al. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia-an exploratory pilot study. Patient Educ Couns.2009; 76(1): 138-42	No	Las intervenciones estudiadas no son propias de Terapia Ocupacional.
Sakai K, Hashimoto T, Inuo S. Factors associated with work outcome among individuals with schizophrenia: Investigating work support in japan. Work. 2009; 32(2): 227-33	Si	
Nordström M, Dunér A, Olin E, Wijk H. Places, social relations and activities in the everyday lives of older adults with psychiatric disabilities: An interview study. Int Psychogeriatr. 2009;21(2): 401-12.	No	No se estudia ninguna intervención de Terapia Ocupacional.
Tyrer P, Oliver-Africano P, Romeo R, Knapp M, Dickens S, Bouras N, et al. Neuroleptics in the treatment of aggressive challenging behaviour for people with intellectual disabilities: A randomised controlled trial (NACHBID). Health Technol Assess. 2009;13(21), 1-54	No	No se mencionan intervenciones propias de Terapia Ocupacional.
Gazdag G, Bitter I, Ungvari GS, Baran B, Fink M. László meduna's pilot studies with camphor inductions of seizures: The first 11 patients. J ECT. 2009;25(1): 3-11	No	Los tratamientos estudiados no se relacionan con Terapia Ocupacional.
Zipris P, Doron A. Letter to the editor. World Psychiatry. 2009;8(1): 60-2	No	Es un criterio de exclusión de nuestro estudio este tipo de artículos.
Eklund M, Örnberg L, Ekström C, Jansson B, Kjellin L. Outcomes of activity-based assessment (BIA) compared with standard assessment in occupational therapy. Scand J Occup Ther. 2008;15(4):196-203.	Si	
Trapp W, Hasmann A, Gallhofer B, Schwerdtner J, Guenther W, Dobmeier M. Cognitive improvement of schizophrenia patients: Enhancing cognition while enjoying computer-aided cognitive training. Clin Schizophr Relat Psychoses. 2008;1(4): 307-16.	Si	
Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M. Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. Int J Nurs Stud, 2008;45(11): 1598-606.	No	El artículo no se encuentra relacionado con Terapia Ocupacional.
Linden M, Pyrkosch L, Hundemer, H. Frequency and effects of psychosocial interventions	No	No se estudia ninguna intervención de Terapia

<b>additional to olanzapine treatment in routine care of schizophrenic patients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008;43(5):373-9.</b>		Ocupacional.
<b>Berget B, Ekeberg O, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: Effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2008:4</b>	No	El estudio no se encuentra relacionado con Terapia Ocupacional.
<b>Brüggeman BR, Garlipp P, Haltenhof H, Seidler K. Sex-dependent differences in person-related and disease-related characteristics of patients from a psychiatric day hospital. Ger J Psychiatry. 2008;11(2): 56-63</b>	No	No se estudian intervenciones de Terapia Ocupacional.
<b>Bell M, Fiszdon J, Greig T, Wexler B, Bryson G. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. J Rehabil Res Dev. 2007; 44(5): 761-70.</b>	Si	
<b>Eklund M, Bejerholm U. Temperament, character, and self-esteem in relation to occupational performance in individuals with schizophrenia. OTJR Occup Participation Health. 2007;27(2): 52-8.</b>	No	El objetivo de este artículo no es estudiar intervenciones de Terapia Ocupacional.
<b>Su C, Lin Y, Chen-Sea M, Yang M. A confirmatory factor analysis of the chinese version of the loewenstein occupational therapy cognitive assessment-second edition in a taiwanese mixed clinical sample. OTJR Occup Participation Health.2007; 27(2): 71-80.</b>	No	No se estudian intervenciones de Terapia Ocupacional.
<b>Murray-Swank A, Glynn S, Cohen AN, Sherman M, Medoff DP, Li JF, et al. Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. J Rehabil Res Dev 2007;44(6): 801-12.</b>	Si	
<b>Choy LW, Dunn ELW. Determinants of length of stay in a general hospital psychiatric unit in hong kong. Hong Kong J Psychiatry. 2007;17(4):131-8.</b>	No	El artículo no se encuentra relacionado con Terapia Ocupacional.
<b>Stewart P, Craik C. Occupation, mental illness and medium security: Exploring time-use in forensic regional secure units. Brit J Occup Ther.2007; 70(10), 416-25.</b>	No	El estudio no se relaciona con intervenciones de Terapia Ocupacional.
<b>Eklund M. Perceived control: How is it related to daily occupation in patients with mental illness living in the community? Am J Occup Ther. 2007; 61(5): 535-42.</b>	No	No se estudia ninguna intervención de Terapia Ocupacional.
<b>Mitchell R, Neish J. The use of a ward-based art group to assess the occupational participation of</b>	No	Los artículos de opinión son un criterio de exclusión

adult acute mental health clients. <i>Brit J Occup Ther.</i> 2007; 70(5): 215-7.		de nuestro estudio.
<b>Berget B, Skarsaune I, Ekeberg O, Braastad B. Humans with mental disorders working with farm animals: A behavioral study. <i>Occup Ther Ment Health, 2007;23(2): 101-17.</i></b>	No	El estudio no se encuentra relacionado con Terapia Ocupacional.

## 5. RESULTADOS

Una vez seleccionados los artículos de las bases de datos ya mencionadas, se ha llevado a cabo una lectura crítica de los mismos, escogiendo 13 artículos relevantes:

**Trapp W, Hasmann A, Gallhofer B, Schwerdtner J, Guenther W, Dobmeier M. Cognitive improvement of schizophrenia patients: Enhancing Cognition while Enjoying Computer-Aided Cognitive Training. Clin Schizophr Relat Psychoses. Jan 2008;1(4):307-16<sup>7</sup>**

En este estudio se realizó una comparación entre cuarenta usuarios psiquiátricos alemanes diagnosticados de esquizofrenia por la CIE-10 y el DSM-IV, evaluados cognitivamente, dispuestos en dos grupos de veinte personas (experimental y control). El grupo experimental recibió dos sesiones semanales de talleres cognitivos a través del software X-Cog. El grupo control no siguió la intervención cognitiva pero continuó realizando las actividades usuales de tratamiento igual que el grupo experimental. Tras evaluar las distintas variables cognitivas, se demostraron efectos significativos en el grupo experimental en cuanto a memoria verbal y ejecutiva y resolución de problemas.

**Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2007 May;190:421-7<sup>8</sup>**

Los usuarios (n=80) se incluyeron si habían estado en contacto con los servicios de por lo menos durante un año, por lo menos 17 años de edad, con diagnóstico de esquizofrenia basado en el DSM-IV y tenían problemas de relación social y dificultades en el contenido o forma del pensamiento. Fueron asignados al azar a 40 sesiones de rehabilitación cognitiva. La terapia consistió en sesiones individuales, cada una con un número de papel y tareas que proporcionan la práctica en una variedad de habilidades cognitivas que se establecidas en un manual. Fue entregada a las personas en al menos 3 días a la semana se completaron todas. Se basó en tres principios clínica general: la enseñanza en estrategias; individualización de

la terapia; y ayudar a la transferencia de los beneficios cognitivos en el mundo real. Además, el programa consta de tres módulos: la flexibilidad cognitiva, la memoria ejecutiva y la planificación.

Hubo mejoras duraderas en la memoria ejecutiva, así como una indicación de la mejora en la flexibilidad cognitiva. Los costes fueron menores en el tratamiento después de una rehabilitación cognitiva grupo, pero aumentó en el seguimiento. Sin embargo, el análisis de la relación coste-eficacia mostró que los adelantos en la memoria se lograron con un pequeño costo adicional.

**Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. Aust Occup Ther J. 2010 Oct;57(5):310-7<sup>9</sup>**

Los participantes fueron reclutados a partir de una muestra utilizando una técnica de muestreo intencional. La variación se buscó en los factores que influyen en el uso del tiempo como la situación de vida y situación laboral. De las 10 personas que se recomendaron para el estudio, seis participantes seleccionados eran adultos con diagnóstico de esquizofrenia. Cuatro no fueron seleccionados, ya que tenían características similares en relación a la situación de vida y laboral a los ya reclutados. Todos los participantes eran clientes de equipo de continuidad de cuidados en salud mental.

El principal método de recolección de datos que se utilizó fue entrevistas semiestructuradas para explorar las perspectivas, interpretaciones y significados de los participantes con respecto a sus experiencias de la vida diaria. Tres entrevistas se llevaron a cabo con cada participante durante un período de cuatro semanas. La observación participante se produjo con cada participante en al menos dos ocasiones durante el período de cuatro semanas.

La información obtenida de los seis participantes apoyó la importancia de la ocupación en su vida cotidiana y su recuperación. Los resultados revelaron que su lucha diaria para manejar su enfermedad, sus estrategias personales de afrontamiento y sus condiciones de vida influye en su

participación en las ocupaciones, y por lo tanto, en su capacidad para crear la estructura, propósito y significado a través de la ocupación en sus vidas.

Estos resultados apoyan los terapeutas ocupacionales que trabajan con personas con esquizofrenia para facilitar la auto-determinación de la participación en las ocupaciones, para incrementar apoyos y recursos en el entorno para asegurar que las necesidades laborales se cumplan, y ampliar el acceso a las oportunidades de trabajo.

**Sakai K, Hashimoto T, Inuo S. Factors associated with work outcome among individuals with schizophrenia: investigating work support in Japan. Work. 2009;32(2):227-33<sup>10</sup>**

140 usuarios participaron en el programa de Apoyo Integral Laboral en un Centro de Día, de los cuales 86 estaban diagnosticados con esquizofrenia. Se obtuvo información de registros médicos y a través de entrevistas con datos sobre edad de inicio de la enfermedad y duración de la hospitalización, frecuencia de hospitalización, si obtiene ayudas por minusvalía condición de trabajo, etc. El objetivo del programa se basa en promover la vida en la comunidad y no sólo en un ámbito laboral. Puede ser útil para los pacientes con esquizofrenia que quieren trabajar, pero no debe deteriorar la calidad de vida subjetiva en los que no persiguen un empleo competitivo.

**Murray-Swank A, Glynn S, Cohen AN, Sherman M, Medoff DP, Fang LJ, Drapalski A, Dixon LB. Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. J Rehabil Res Dev. 2007;44(6):801-11<sup>11</sup>**

En este estudio participaron 69 personas con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, o depresión severa y recurrente. En total, los participantes fueron reclutados a partir de dos unidades de hospitalización, un programa de hospitalización parcial, y una clínica ambulatoria para pacientes de salud mental. Otros criterios de inclusión especificados que los consumidores necesitan tener entre 18 y 70

años de edad y capaces de dar su consentimiento a la participación en la investigación.

La evaluación incluye una serie detallada de preguntas que identifican el apoyo familiar de los participantes. A raíz de estas preguntas, los evaluadores aplicaban escalas estandarizadas para evaluar sus puntos de vista sobre la participación familiar en cuanto a atención, características demográficas y características clínicas. Los clientes aceptaron que existen barreras en la participación familiar por su tratamiento, y lo ampliaron con sus propias preocupaciones sobre la privacidad y la familia en cuanto al escepticismo de no ser una carga familiar.

**Zielinski E, Sturtevant J, Brown C, Megan S, Hartman S, Hays C, Manner T. Meal Preparation: Comparing Treatment Approaches to Increase Acquisition of Skills for Adults With Schizophrenic Disorders. OTJR: Occupation, Participation and Health. 2009;29(4):148-53<sup>12</sup>**

Los posibles participantes del estudio se identificaron a través de registros de diagnóstico de los usuarios tratados en otros programas de los servicios de atención aguda, además de tener diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Contacto con los investigadores a 64 personas que cumplían con los criterios establecidos a quienes se les informó de la oportunidad de tomar parte en un "taller de cocina." De ellos, 15 acudieron.

Un terapeuta ocupacional y un asistente de Terapia Ocupacional completaron las evaluaciones dentro de un período de 3 semanas antes del inicio de la sesión de la primera intervención. A los líderes del grupo experimental se les dio protocolos y recetas para cada una de las 10 sesiones. Estos protocolos detallaban la preparación de la comida en que el grupo se centraría en realizar de una forma específica, para mejorar el componente psicoeducativo correspondiente. El análisis de los datos sugiere un cambio positivo significativo en el "nivel de independencia", lo que indica que los clientes requieren menos ayuda después de la intervención de Terapia Ocupacional.

**Tan BL. Hybrid transitional-supported employment using social enterprise: a retrospective study. Psychiatr Rehabil J. 2009 Summer;33(1):53-5<sup>13</sup>**

Los sujetos de este estudio incluyen a 25 usuarios inscritos en un programa de formación empresarial en una cafetería. La mayoría de participantes estaban diagnosticados con esquizofrenia. Fueron analizadas retrospectivamente evaluaciones de comportamiento en el trabajo y la tenencia de empleo protegido durante las fases de un programa de formación empresarial en una cafetería, dividido en tres fases.

Todos los participantes que completaron el programa de entrenamiento de 20 meses demostraron una mejoría significativa en el comportamiento del trabajo antes de abandonar el entrenamiento de transición en la cafetería. Los individuos que completaron el entrenamiento de transición pasaron a mantener su trabajo con una media de 44 semanas.

**Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson LK. Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. Work. 2009;34(1):21-32<sup>14</sup>**

Los criterios de inclusión para los informantes fueron tener entre 18 y 65 años de edad, haber recibido tratamiento o apoyo para su discapacidad psiquiátrica, haber estado en su lugar de trabajo por lo menos dos meses, y estar durante al menos 10 horas / semana en el trabajo. Se tuvo un total de 12 informantes, grupo heterogéneo respecto a la edad, sexo, duración del empleo, tipo de trabajo y las condiciones de trabajo.

Se utilizaron entrevistas basadas en la idea de que una entrevista es un diálogo entre el entrevistado y el entrevistador, quien establece una relación empática para comprender mejor su punto de vista de la vida y la descripción del fenómeno estudiado. Las entrevistas se realizaron mediante una guía que consta de algunos puntos relevantes para comprender el significado percibido de trabajo. Se describe un modelo en relación con el significado que se percibe en el trabajo entre las personas con enfermedad mental severa, en la que los tres primeros aspectos del significado son un

requisito previo para el significado en términos de mayor bienestar y una identidad reforzada.

**Bell M, Fiszdon J, Greig T, Wexler B, Bryson G. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. J Rehabil Res Dev. 2007;44(5):761-70<sup>15</sup>**

En este estudio participó un total de 145 participantes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, asignados de manera aleatoria a estimulación cognitiva o laborterapia y este taller conjuntamente. La terapia de estimulación cognitiva se basó en atención, memoria y tareas ejecutivas, mientras que la laborterapia incluía un empleo remunerado en distintos lugares de un centro médico. Se mantuvo este plan entre 6 y 12 meses.

La rehabilitación cognitiva en el contexto de la laborterapia puede tener beneficios neuropsicológicos en el funcionamiento ejecutivo y la memoria de trabajo que pueden durar por lo menos 6 meses después del final del entrenamiento, pero por sí sola también puede mejorar el funcionamiento neuropsicológico, particularmente en la memoria verbal y no verbal.

**Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year follow-up. Schizophr Res. 2008 Oct;105(1-3):18-29<sup>16</sup>**

Este ensayo amplía el anterior (Bell MD et al<sup>16</sup>) en cuanto a información.

**Eklund M, Ornsberg L, Ekström C, Jansson B, Kjellin L. Outcomes of activity-based assessment (BIA) compared with standard assessment in occupational therapy. Scand J Occup Ther. 2008 Dec;15(4):196-203<sup>17</sup>**

Los usuarios ingresados en la unidad de terapia ocupacional fueron seleccionados al azar para la evaluación a entrar en el BIA o en un abordaje estándar. Los criterios de exclusión fueron un diagnóstico primario de retraso en el desarrollo o demencia, o estar demasiado confundido como para participar.

El método BIA implica la observación de las funciones del yo y el desempeño ocupacional. Las observaciones se realizan durante tres tipos de actividades de grupo, es decir, cocina, artes visuales e interacción social. Cuatro pacientes forman un grupo de evaluación, y dos líderes del grupo principal de cada sesión. Uno sirve principalmente como un líder y el otro está en calidad de observador. Después de cada sesión, los líderes del grupo discuten y anotan sus observaciones para cada usuario de acuerdo a una lista que incluye las funciones del yo y el rendimiento laboral, en consonancia con el marco teórico de referencia.

Aunque se encontraron ventajas de menor importancia en los sujetos, en términos de una mayor satisfacción, el grupo con BIA parecía claramente más satisfecho que con el abordaje estándar. Los resultados mostraron que el abordaje BIA hacía que se poseyeran mejores cualidades con respecto a los indicadores relativos a la satisfacción, pero no acerca del conocimiento de las capacidades y los problemas o el resultado del tratamiento posterior.

**Liu KW, Hollis V, Warren S, Williamson DL. Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. Am J Occup Ther. 2007 Sep-Oct;61(5):543-54<sup>18</sup>**

Para este estudio, sólo participaron 7 usuarios con criterios de inclusión: tener edades entre 25 y 65 años, haber participado en el programa de empleo protegido y haber sido diagnosticado con esquizofrenia de acuerdo al DSM-IV. Se realizaron distintas entrevistas de enfoque cualitativo a los participantes con tres objetivos: eliminar los obstáculos en la búsqueda de empleo, mejorar el bienestar psicológico y participar en el trabajo.

El apoyo ofrecido a través de las entrevistas permite eliminar las barreras en la búsqueda de empleo, pero es la preparación personal y los esfuerzos que realiza la propia persona lo que más contribuye a su obtención

**Chan SH, Lee SW, Chan IW. TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. Occup Ther Int. 2007;14(2):86-98<sup>19</sup>**

En este ensayo, 81 usuarios masculinos diagnosticados con esquizofrenia fueron aleatorizados para recibir el programa TRIP en comparación con un programa tradicional de Terapia Ocupacional (WOT).

TRIP es un programa basado en el objetivo de disminuir el tratamiento de incumplimiento y la tasa de recaídas, mejorando el conocimiento y la salud de los pacientes psiquiátricos agudos con esquizofrenia, seguidos durante 12 meses

Los participantes en el programa TRIP habían disminuido significativamente la readmisión en los servicios psiquiátricos durante 12 meses debido a la mejora de la conciencia de enfermedad en este tiempo.

En la tabla IV se resumen estos artículos de forma esquemática, indicando su nivel de evidencia y grado de recomendación en función de los criterios de la U.S. Preventive Services Task Force (División de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos o USPSTF), cuyos criterios se encuentran en el Anexo III.

Tabla IV. Artículos seleccionados

Referencia	Tipo de estudio	Pacientes	Intervención	Principales resultados	Nivel de evidencia
<b>Trapp W et al (7)</b>	Estudio de casos y controles	40 usuarios diagnosticados con esquizofrenia dispuestos en dos grupos	Talleres cognitivos a través de software X-Cog sobre grupo experimental	Efectos significativos en cuanto a memoria verbal y ejecutiva y resolución de problemas	II-2B
<b>Wykes T et al (8)</b>	Estudio de casos y controles	80 usuarios diagnosticados de esquizofrenia	40 sesiones de rehabilitación cognitiva	Mejoras en memoria ejecutiva y aumento en flexibilidad cognitiva	II-2B
<b>Urlik K et al (9)</b>	Estudio observacional	Seis usuarios con esquizofrenia	Entrevistas semiestructuradas	El manejo de la enfermedad, estrategias personales de afrontamiento y condiciones de vida influyen en la participación en ocupaciones	III-C
<b>Sakai K et al (10)</b>	Estudio retrospectivo transversal	140 integrantes, de los cuales 86 tenían diagnosticada esquizofrenia	Participación en el programa de Apoyo Integral Laboral de un Centro de Día	Posibilidades de trabajo en pacientes con esquizofrenia	II-3B
<b>Murray-Swank A et al (11)</b>	Estudio analítico	69 personas con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo,	Serie detallada de preguntas que identifican el apoyo familiar de los participantes	Los clientes aceptaron que existen barreras en la participación familiar por su	III-C

		trastorno bipolar, o depresión severa y recurrente		tratamiento	
<b>Zielinski E et al (12)</b>	Estudio de casos y controles	15 sujetos con trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia	Realización de recetas de cocina con propósito psicoeducativo	Aumento del nivel de independencia	II-2A
<b>Tan BL (13)</b>	Estudio retrospectivo transversal	25 usuarios inscritos en un programa de formación empresarial, la mayoría diagnosticados con esquizofrenia	Evaluaciones de comportamiento en el trabajo y la tendencia al empleo protegido	Mejora en el comportamiento laboral y aumento del tiempo de permanencia del trabajo	II-3A
<b>Leufstadius C et al (14)</b>	Estudio observacional	12 participantes que hubieran recibido tratamiento psiquiátrico y con trabajo	Enfoque cualitativo mediante entrevistas acerca de las percepciones del trabajo	Mayor bienestar de los usuarios con trabajo, que realiza un refuerzo de su identidad	III-C
<b>Bell M et al (15)</b>	Estudio de casos y controles	145 participantes con esquizofrenia	Terapia de estimulación cognitiva y laborterapia	Mejora del funcionamiento ejecutivo y memoria del trabajo	II-2B
<b>Bell M et al (16)</b>	Estudio de casos y controles	145 participantes con esquizofrenia	Terapia de estimulación cognitiva y laborterapia	Mejora del funcionamiento ejecutivo y memoria del trabajo	II-2B

<b>Eklund M et al (17)</b>	Estudio de casos y controles	Usuarios ingresados en la Unidad de Terapia Ocupacional	Observaciones realizadas en tres tipos de actividades de grupo: cocina, artes visuales e interacción social	Altos niveles de satisfacción	II-2A
<b>Liu KW et al (18)</b>	Estudio observacional	7 participantes con esquizofrenia y participantes en un programa de empleo protegido	Entrevistas cualitativas a pacientes	Eliminación de barreras en la búsqueda de empleo	III-B
<b>Chan SH et al (19)</b>	Estudio de casos y controles	81 usuarios masculinos con esquizofrenia	Programa de disminución del incumplimiento del tratamiento psiquiátrico y prevenir recaídas	Disminución de la readmisión en los servicios psiquiátricos	II-2A

## 6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

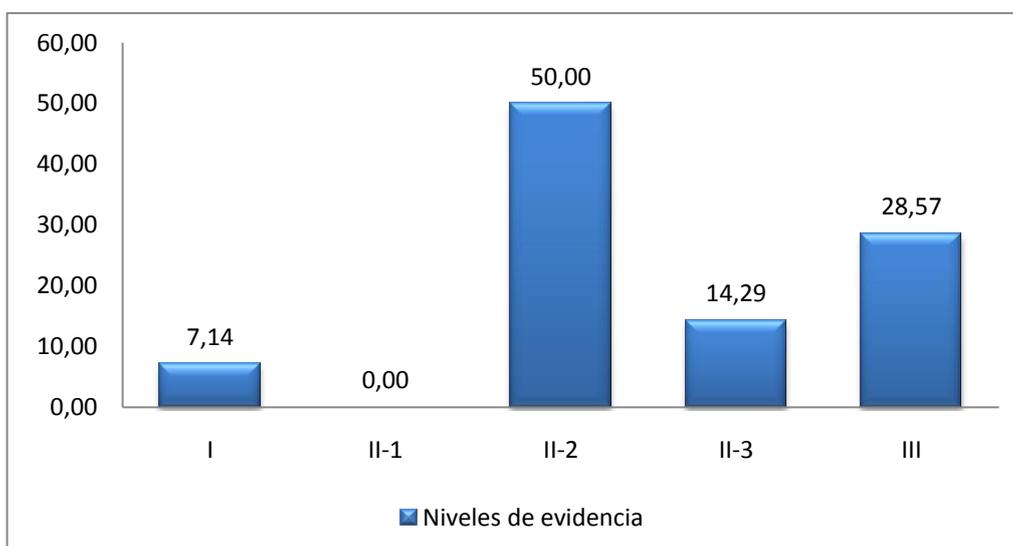
Las intervenciones existentes desde la Terapia Ocupacional en personas con esquizofrenia realizan una aproximación a la persona desde un ámbito holístico, considerando la relación entre enfermedad mental y entorno como un continuo en el que la intervención debe actuar para proporcionar a la persona mayor independencia y calidad de vida.<sup>9,20</sup>

Los estudios sobre la eficacia de la Terapia Ocupacional en esta patología, encontrados, realizan intervenciones aproximadas desde distintos modelos y marcos<sup>7,8,14-17,19,21</sup> comparándolo con intervenciones tradicionales, es decir, la mayoría de estudios localizados son de casos y controles.

La esquizofrenia en las intervenciones analizadas es abordada desde tres ámbitos, el cognitivo<sup>7,8,19</sup>, a través de estudios de casos y controles con nivel de evidencia II-2 y recomendación B<sup>7,8</sup> y A<sup>19</sup>; el social<sup>11</sup>, sobre todo relativo al ámbito laboral<sup>10,13-18</sup>, alternando entre estudios de casos y controles junto con observacionales, con unos niveles de evidencia de entre II-2<sup>15-17</sup>, II-3<sup>10,13</sup> y III<sup>11,14,18</sup>, aportando estos últimos los grados de menor evidencia en las intervenciones estudiadas, de las cuales dos tienen una recomendación C<sup>11,14</sup>, y el de actividades de la vida diaria (AVD)<sup>6,12,17</sup>, con evidencia I<sup>6</sup> y II-2<sup>12,17</sup>, siendo todos muy recomendables, aportando los mayores niveles de evidencia de entre todos los analizados.

Las imágenes I y II resumen estos datos a nivel total.

**Imagen I. Porcentajes de niveles de evidencia sobre el total de estudios analizados**



**Imagen II. Porcentajes de los niveles de recomendación sobre el total de estudios analizados**



En cuanto al examen realizado de las intervenciones, podemos dividir los resultados en función de los tres ámbitos descritos en el párrafo anterior.

Mientras que la dimensión cognitiva está dañada debido al curso de la cronicidad de la patología, parece necesario abordar este componente para que la persona pueda llevar a cabo cualquier actividad en cualquier área de ocupación de forma satisfactoria y significativa.

En cuanto a las AVD, cobra especial relevancia la falta de sueño<sup>22</sup> como un factor de alarma en cualquier intervención, sobre el que es necesario realizar psicoeducación<sup>12,17</sup> de hábitos de vida saludables. Aquellos programas que basan la participación del usuario en AVD suelen tener más éxito en cuanto a proporcionar vida independiente, pero surge en ocasiones el conflicto de integrar aquello que ha aprendido en un entorno distinto al del programa como es su propio contexto físico y social real.

En este punto, la relevancia de los programas sociales adquiere especial interés al ofrecer una visión de inserción en la comunidad que el resto no contempla<sup>11</sup>.

Los programas de integración laboral referenciados anteriormente permiten que la persona obtenga una calidad de vida a base de su propio esfuerzo,

inserción social e independencia gracias a un trabajo adaptado e intensivo, que no sólo se adecua a su situación, sino que desde el contexto de la Terapia Ocupacional, permite entrenar otras habilidades y destrezas necesarias para establecer y mantener relaciones sociales, afrontar la frustración o mantener los niveles de angustia y estrés a un nivel tolerable.<sup>18</sup>

Esta perspectiva conjunta de modelos nos aporta una visión de la persona como un ser social, quien no puede ser intervenido al margen de esta sociedad. En casi todas las intervenciones no se contempla ningún marco de referencia clásico desde la Terapia Ocupacional, salvo el uso del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) en una única intervención<sup>23</sup>.

La importancia que cobra este modelo en la intervención se basa precisamente en lo contemplado en el párrafo anterior, al ver a la persona como un conjunto de subsistemas abiertos en constante cambio. Ninguna intervención podrá ser significativa, por tanto, sin la colaboración de la propia persona y sin tener en cuenta sus entornos. El terapeuta ocupacional funciona como un tercero entre estos subsistemas y el entorno, que pone unas demandas lo suficientemente altas como para que muchas de las destrezas de la persona no consigan salvar las dificultades que obstaculizan sus ocupaciones diarias debido a su enfermedad. A través de las fortalezas del usuario, el terapeuta media entre la persona y el entorno, adaptando tanto a este último como a la propia persona.

La calidad de vida de la persona con esquizofrenia dependerá en gran parte de todas aquellas medidas que el realice el equipo multidisciplinar en el que se encuentra el terapeuta ocupacional, y si bien es cierto que la eficacia de este tipo de intervenciones está demostrada, la complementariedad de estas intervenciones entre sí asegura un resultado positivo que influirá en el bienestar y salud de la persona.

El propósito principal de la intervención será por tanto proporcionar medios a través de los cuales la persona pueda conseguir por sí misma salud y bienestar, entendida como “la fuente de riqueza de la vida cotidiana, [...] un

concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas” (Carta de Ottawa<sup>24</sup>).

El enfoque de la intervención se trata entonces como un elemento clave, en función de la orientación crítica que realice el terapeuta de esta, en cuanto a emplear el asesoramiento al usuario como herramienta, o dar preferencia a los componentes que componen las distintas actividades, por ejemplo.

En esta línea, sólo hay un tipo de intervención que mezcle dos enfoques<sup>17</sup>, obteniendo resultados positivos no sólo en cuanto a los componentes cognitivos o la inclusión social de los usuarios, sino en cuanto al resultado positivo sobre su calidad de vida y su bienestar global.

La satisfacción del usuario se vuelve un elemento de evaluación en muchas de las intervenciones, al mantener al usuario contemplado como un entorno abierto en cuanto a la interacción con el medio (entornos y contextos)<sup>25</sup>. A una mayor satisfacción percibida, mayor son los niveles obtenidos de independencia y bienestar en el usuario<sup>17</sup>.

En definitiva, la intervención desde Terapia Ocupacional en las personas con esquizofrenia aporta beneficios más allá de la evolución psicopatológica del usuario, abordable desde otras disciplinas, sino que crea líneas de actuación capaces de influir en el desarrollo integral de la persona, tanto a nivel de bienestar físico, como cognitivo y social, mejorando su salud y enriqueciendo progresivamente su nivel de inclusión en la sociedad, para conseguir una vida más autónoma e independiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jones C, Cormac I, Silveira da Mota Neto JI, Campbell C. Terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
2. Gruber EN, Ivezić-Strkalj S, Agius M, Martić-Biocina S. "Since I have my case manager, I am back to life" case management in Croatia. *Psychiatr Danub*. 2008 Mar;20(1):63-70.
3. He Y, Li C. Terapia Morita para la esquizofrenia. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. Moruno P, Romero DM. Terapia ocupacional en Salud Mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. [Revista en Internet] 2004 [acceso 3 de junio de 2011]; 1(1): [18p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
5. Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Aust Occup Ther J*. 2010 Oct;57(5):310-7
6. Tungpunkom P, Nicol M. Programas de habilidades para la vida para las enfermedades mentales crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Trapp W, Hasmann A, Gallhofer B, Schwerdtner J, Guenther W, Dobmeier M. Cognitive improvement of schizophrenia patients:

- Enhancing Cognition while Enjoying Computer-Aided Cognitive Training. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. Jan 2008;1(4): 307-16
8. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007 May;190:421-7.
  9. Urlic K, Lentin P. Exploration of the occupations of people with schizophrenia. *Aust Occup Ther J*. 2010 Oct;57(5):310-7.
  10. Sakai K, Hashimoto T, Inuo S. Factors associated with work outcome among individuals with schizophrenia: investigating work support in Japan. *Work*. 2009;32(2):227-33.
  11. Murray-Swank A, Glynn S, Cohen AN, Sherman M, Medoff DP, Fang LJ, Drapalski A, Dixon LB. Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44(6):801-11.
  12. Zielinski E, Sturtevant J, Brown C, Megan S, Hartman S, Hays C, Manner T. Meal Preparation: Comparing Treatment Approaches to Increase Acquisition of Skills for Adults With Schizophrenic Disorders. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2009;29(4):148-53
  13. Tan BL. Hybrid transitional-supported employment using social enterprise: a retrospective study. *Psychiatr Rehabil J*. 2009 Summer;33(1):53-5.
  14. Leufstadius C, Eklund M, Erlandsson LK. Meaningfulness in work - experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*. 2009;34(1):21-32.
  15. Bell M, Fiszdon J, Greig T, Wexler B, Bryson G. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44(5):761-70.

16. Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year follow-up. *Schizophr Res.* 2008 Oct;105(1-3):18-29.
17. Eklund M, Ornsberg L, Ekström C, Jansson B, Kjellin L. Outcomes of activity-based assessment (BIA) compared with standard assessment in occupational therapy. *Scand J Occup Ther.* 2008 Dec;15(4):196-203.
18. Liu KW, Hollis V, Warren S, Williamson DL. Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. *Am J Occup Ther.* 2007 Sep-Oct;61(5):543-54
19. Chan SH, Lee SW, Chan IW. TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. *Occup Ther Int.* 2007;14(2):86-98.
20. Eklund M, Leufstadius C. Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. *Can J Occup Ther.* 2007 Oct 4;74(4):303-13
21. Eklund M, Bejerholm U. Temperament, character, and self-esteem in relation to occupational performance in individuals with schizophrenia. *OTJR Occup Participation Health.* 2007;27(2): 52-8.
22. Stewart P, Craik C. Occupation, mental illness and medium security: Exploring time-use in forensic regional secure units. *Brit J Occup Ther.* 2007; 70(10), 416-25.
23. Liu KPY, Ng BFL. Usefulness of the Model of Human Occupation in the Hong Kong Chinese context. *Occup Ther Health Care.* 2008 Jun; 22(2-3): 25-36.
24. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986
25. Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [sede

Web]. 2010 [acceso 3 de junio de 2011]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).

## **ANEXOS**

## **ANEXO I: Estrategia de búsqueda realizada de revisiones sistemáticas**

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en Biblioteca Cochrane Library Plus**

Búsqueda (asistida): (“terapia ocupacional”) and (esquizofrenia)

Límites: fecha de publicación (2005-2011).

Resultados: 7

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en JBI COnNECT**

Búsqueda: “occupational therapy” AND schizophrenia

Límites: período de publicación (2005-2006).

Resultados: 0

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en OTseeker**

Búsqueda: “occupational therapy” AND schizophrenia.

La búsqueda se ha limitado a revisiones sistemáticas.

Resultados: 2

## **ANEXO II: Estrategia de búsqueda realizada de estudios originales**

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en Medline**

Búsqueda: ("Occupational Therapy"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh]

Límites: Idioma: español/inglés, Adulto: 19-44 años, publicado los últimos 5 años.

Resultados: 16

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en Cinahl**

Búsqueda: (MH "Occupational Therapy") AND (MH "Schizophrenia")

Límites: fecha de publicación desde 2007 hasta 2011, idioma: inglés/español, grupo de edad: adulto (19-44años).

Resultados: 11

### **Estrategia de búsqueda bibliográfica en Scopus**

Búsqueda: ("occupational therapy" AND schizophrenia)

Límites: (LIMIT-TO(PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2007)) AND (LIMIT-TO(EXACTKEYWORD, "Adult")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO(LANGUAGE, "Spanish")).

Resultados: 44

### ANEXO III: Tabla de nivel de evidencia y grado de recomendación

Tabla V. Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño (USPSTF)

Nivel de Evidencia	Tipo de Estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Tabla VI. Significado de los grados de recomendación (USPSTF)

Grado de Recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable (buena evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan ampliamente a los perjuicios)
B	Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios)
C	Ni recomendable ni desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz, pero los beneficios son muy similares a los perjuicios y no puede justificarse una recomendación general).
D	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
I	Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado.