



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

La integración sensorial como intervención en adultos con esquizofrenia

Autora: María Vizcaíno Sánchez

Directora: Eva María Díaz Mesa

Madrid
2022/2023

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. A pesar de que la investigación en este campo ha avanzado significativamente en las últimas décadas, aún se desconocen muchas de las causas y mecanismos subyacentes de la enfermedad, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento.

En este contexto, el presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene como objetivo analizar los avances más recientes en la investigación sobre la esquizofrenia en relación la Terapia de Integración Sensorial (TIS) como uno de los tratamientos emergentes en el campo de la salud mental para este tipo de trastornos. Para ello, se realizará una revisión sistemática de la literatura científica más relevante en el campo, incluyendo una revisión de estudios experimentales.

Se concluye que los resultados de este TFG contribuyan a una mejor comprensión de la esquizofrenia y la implementación de las TIS como forma complementaria de tratamiento para esta enfermedad y la mejora en la calidad de vida de estas personas. Teniendo en cuenta la gran falta de investigación en el campo y la necesidad de más estudios para evaluar su efectividad a largo plazo y su relación con otras terapias que están en marcha actualmente en tratamientos para personas con esquizofrenia. Además, se espera que el presente trabajo sirva como una herramienta útil para profesionales de la salud mental, investigadores y otros expertos en el campo, así como para cualquier persona interesada en conocer más sobre esta enfermedad.

Palabras clave

Esquizofrenia, Terapia de Integración Sensorial, tratamiento.

Abstract

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects millions of people worldwide. Although research in this field has advanced significantly in recent decades, many of the underlying causes and mechanisms of the disease are still unknown, which hinders its diagnosis and treatment.

In this context, this Final Degree Project (TFG) aims to analyze the most recent advances in research on schizophrenia in relation to Sensory Integration Therapy (SIT) as one of the emerging treatments in the field of mental health for this type of disorder. For this purpose, a systematic review of the most relevant scientific literature in the field, including a review of experimental studies, will be carried out.

It is concluded that the results of this TFG will contribute to a better understanding of schizophrenia and the implementation of SFT as a complementary form of treatment for this disease and the improvement in the quality of life of these people. Considering the great lack of research in the field and the need for further studies to evaluate its long-term effectiveness and its relationship with other therapies that are currently underway in treatments for people with schizophrenia. Furthermore, it is hoped that the present work will serve as a useful tool for mental health professionals, researchers, and other experts in the field, as well as for anyone interested in learning more about this illness.

Key words

Schizophrenia, Sensory Integration Therapy, treatment.

Índice

<i>1. Introducción.....</i>	<i>5</i>
1.1 Justificación.....	5
1.2 Objetivos	9
<i>2. Esquizofrenia.....</i>	<i>10</i>
2.1 Definición y conceptualización.....	10
2.3 Sintomatología	11
2.4 Diagnóstico y tratamiento	14
<i>3. Integración sensorial.....</i>	<i>16</i>
3.1 Marco teórico	16
3.2 Procesamiento sensorial	18
3.3 Disfunciones de la IS	19
<i>4. La IS como forma de intervención en pacientes con esquizofrenia</i>	<i>20</i>
<i>5. Conclusiones.....</i>	<i>22</i>
<i>6. Referencias bibliográficas.....</i>	<i>26</i>
6.1 Bibliografía	27
<i>7. Anexos.....</i>	<i>29</i>

1. Introducción

Antes de adentrarnos en el tema central del presente trabajo, resulta crucial familiarizarnos con la definición y el origen de la esquizofrenia junto con el marco teórico que sustenta a la idea de la teoría de la Integración Sensorial, así como la evolución de ambos a lo largo de la historia.

1.1 Justificación

A finales del siglo XIX, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin fue el primero en describir el concepto de esquizofrenia, una enfermedad mental causada por desórdenes biológicos y genéticos. Kraepelin es considerado el fundador de la psiquiatría científica moderna, y su mayor logro fue el descubrimiento de que las enfermedades mentales tenían una base biológica y genética. Éste dividió la locura en trastornos afectivos episódicos y enfermedades psicóticas crónicas, a las que denominó "demencia precoz". Más tarde, en el año 1911, el psiquiatra suizo Eugen Bleuler renombró esta enfermedad como "esquizofrenia", y esta conceptualización es la base de la definición actual de la enfermedad.

La psicosis es un concepto que reúne una lista de trastornos psicóticos que comparten una conciencia de realidad alterada mediante alucinaciones y/o delirios a los que se le suman otros signos como el lenguaje o el comportamiento. La esquizofrenia se diferencia en varios tipos dentro de la psicosis según el manual de diagnóstico con el que trabajemos. Aunque todos ellos comparten en mayor o menor medida ciertos factores desencadenantes como la gran influencia genética, el gran peso del contexto y que el primer episodio de inicio de la enfermedad se dé durante la adultez joven. Serán otros síntomas que veremos más adelante los que excluyan unos tipos de otros para poder dar un diagnóstico más específico al sujeto.

Por otro lado, la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo por lo que el conocimiento y la comprensión de esta enfermedad son fundamentales para mejorar la atención de las personas que sufren esta

condición. Por lo tanto, aparece en todas las culturas del mundo (Freudenreich et al., 2018).

Años más tarde, durante la década de los 50, Anna Jean Ayres, una terapeuta ocupacional, pedagoga y psicóloga destaca por su trabajo en América en la investigación y en el desarrollo de la Teoría de la Integración Sensorial (SI). Esta teoría sostiene que la integración sensorial supone un proceso a nivel neurológico que recoge toda la información sensorial proveniente de nuestros cinco sentidos, dotándole de sentido y organizándolo para poder responder adecuadamente ante una situación concreta. Este proceso se da de forma diferencial entre los sujetos ya que está altamente influido por factores biológicos, genéticos, contextuales y experiencias vitales.

Según esta teoría de Integración Sensorial es un proceso continuo que ocurre a lo largo de toda la vida y es necesario para el aprendizaje y el desarrollo adecuado de las habilidades de interacción con el entorno (Pastor et al., 2013).

En ciertas ocasiones este procesamiento de integración no se realiza de forma funcional, lo que daría lugar a numerosas alternaciones, esto puede llevar al sujeto a producir conductas disfuncionales que podrían afectar de forma significativa la capacidad de una persona para participar en actividades cotidianas y en las actividades básicas de su vida diaria. Partiendo desde la integración sensorial se podrían generar problemas en lo emocional, en el aprendizaje, por tanto, también se producirían problemas a nivel conductual (del Moral et al., 2013).

Recogiendo lo explicado con anterioridad surge la Integración Sensorial como forma de intervención. Existen varios supuestos que sustentan esta estrategia de abordaje. Sugieren por una parte la influencia del Sistema Nervioso Central ya que este posee gran plasticidad lo que nos permitiría poder realizar cambios a través de este tipo de terapia. Por otro lado, se ha demostrado que una respuesta adaptativa se ve favorecida por la integración sensorial, y que la capacidad para generar una respuesta adaptativa depende en gran medida de una adecuada integración sensorial. También se tiene en cuenta la idea de que hay una fuerza interna (inner drive) que impulsa el desarrollo de la integración sensorial e integrar adecuadamente la información sensorial, y esto se ve reflejado en el

hecho de que las personas participan activamente en actividades que involucran los sentidos y el movimiento del cuerpo (Tönnissen., 2005).

La integración sensorial puede ser vista como una estrategia de abordaje o forma de intervención que busca mejorar la capacidad de una persona para procesar e integrar información sensorial. Este enfoque se enfoca en desarrollar habilidades que permitan a la persona adaptarse y responder adecuadamente a los estímulos sensoriales de su entorno, lo que se traduce en una mejor capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas de manera eficaz. Por lo tanto, la integración sensorial se utiliza como una herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan dificultades en esta área (Parham et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la esquizofrenia afecta a nivel global aproximadamente a cerca de 24 millones de personas, lo que significa que aproximadamente 1 de cada 300 personas (0,32%) en todo el mundo padecen este trastorno siendo lo más frecuente que aparezca en la etapa final de la adolescencia o entre los 20 y 30 años. Además, es más común que se manifieste en los hombres antes que en las mujeres, se aproxima que esto se produce unos 3-4 años antes.

Según la OMS (2021), la incidencia mundial de la esquizofrenia muestra que gran parte de las personas que padecen esta enfermedad no reciben la atención necesaria. Se estima que sólo un 31,3% de personas diagnosticadas con psicosis reciben un servicio especializado de salud mental.

En lo que respecta a la frecuencia de ocurrencia en nuestro país, según el Ministerio de Sanidad (2020), se disponen de cifras que indican que aproximadamente el 1,2% de la población general experimenta psicosis, siendo ligeramente más común en mujeres con un 1,4% y 1,1% en hombres. Por otra parte, la esquizofrenia afecta al 0,37% de la población general, con una mayor incidencia en hombres con un 0,45% y un 0,29% en mujeres. Estas cifras aumentan a medida que las personas envejecen, siendo más notorias las diferencias por género antes de los 50 años.

Por lo tanto, la esquizofrenia es un problema de salud mental que a pesar de parecer que no tiene mucha incidencia en la población a nivel global, ya que no son cifras que asusten,

sí que tiene gran importancia para aquel que lo padece y para su entorno. Cuando aparece esta enfermedad, lo hace normalmente en una etapa clave de la vida, la adolescencia, un momento crucial para el desarrollo social y es justo donde estos sujetos se quedan aislados, donde su funcionamiento social colapsa. Estos pierden el sentido de control y propiedad de su propia vida, de sus recuerdos, de sus pensamientos, de sus sentimientos (Quattrone et al., 2021).

Por ello, el tratamiento de esta enfermedad es crucial para su vida, aunque no existe un acuerdo respecto al sistema de intervención. De todas formas, la primera aproximación es farmacológica y aunque existen investigaciones que avalan esta forma de tratar la enfermedad también indican que, aunque es correcta para abordar brotes, no debemos tener a esta población dependiendo de ciertas medicaciones durante toda su vida ya que genera muchos efectos secundarios perjudiciales para el sujeto. Estas medicaciones estabilizan a la persona ya que ordenan los fluidos del cerebro, pero lo que muchos expertos no dicen es que por medio del control de las emociones y del trabajo de la afectividad a través de la psicoterapia también se pueden ordenar.

De esta forma, surge, por tanto, la necesidad de hacer una revisión sobre alternativas de tratamiento que no coincidan con las alternativas farmacológicas. Existen evidencias de que la terapia a través del arte (danza, escritura, musicoterapia) junto con la psicoterapia son ambas de gran utilidad y realizan un impacto positivo en la persona, sirviendo también como forma de establecer un diagnóstico y tratamiento (Serrano–Drozdowskyj., 2020).

Existen por tanto numerosas investigaciones centradas en niños con un diagnóstico de autismo o con problemas de aprendizaje que avalan la idea de la funcionalidad del Modelo de Integración Sensorial, pero hay una escasa fuente de información e investigación en personas adultas que coinciden con el diagnóstico de la esquizofrenia. Aun así, estas investigaciones afirman la idea y la importancia de la integración sensorial explicando algunos de los síntomas que esta enfermedad provoca y que por tanto estas personas sufren, como pueden ser las alucinaciones, distorsión de la realidad, falta de motivación o desorganización comportamental.

En el caso de la esquizofrenia en los últimos años varios autores han sugerido que los tratamientos de integración sensorial pueden ser beneficiosos para las personas con este trastorno. Los autores coinciden en que estos grupos de pacientes presentan trastornos que podrían ser causados, al menos en parte, por problemas relacionados con la integración sensorial. Las investigaciones realizadas han demostrado que existen disfunciones en la integración sensorial que respaldan la utilización de tratamientos basados en esta técnica. En resumen, se sugiere que la integración sensorial podría ser una forma efectiva de abordar las dificultades sensoriales asociadas con la esquizofrenia (Tönnissen., 2005).

En el caso de la terapia de integración sensorial existen varios estudios que apoyan esta idea de tratamiento para pacientes con sintomatología esquizofrénica, pero sorprendentemente la ausencia de datos también es algo evidente en esta revisión. Cuando uno se pone a investigar sobre la esquizofrenia y sus alternativas de tratamiento en una primera mirada suele encontrar sólo lo mencionado anteriormente, bases farmacológicas y algunas alternativas terapéuticas, pero sin rastro de la integración sensorial como forma de intervención. Justamente por esta ausencia tan evidente se considera que es importante tartar de aportar algo para solucionar este problema que se nos presenta como psicólogos.

Para ello, este trabajo tratará de revisar bibliográficamente las referencias que ya han investigado sobre este supuesto ya que las pocas existentes han demostrado la mejora en la calidad de vida de estas personas. La investigación en alternativas de tratamiento nos ayuda como profesionales a mejorar la comprensión de la enfermedad y de sus mecanismos subyacentes conduciendo a una mejor identificación de las causas y factores de riesgo, y en algunas ocasiones a una prevención más efectiva de la enfermedad.

1.2 Objetivos

A raíz de la justificación realizada se proponen los siguientes objetivos. Para ello se plantea el logro de un objetivo general que se concretará después en una serie de objetivos específicos.

Objetivo general: Profundizar en la integración sensorial como forma de intervención en adultos con esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- Definir el marco teórico de la integración sensorial.
- Conceptualizar brevemente el marco teórico de la esquizofrenia.
- Caracterizar la integración sensorial de las personas con esquizofrenia.
- Conocer el proceso de las terapias integración sensorial (TIP).

2. Esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la psicosis como un estado mental en el que la persona pierde la capacidad de distinguir la realidad de la fantasía o de la imaginación. La psicosis puede manifestarse como un signo o síntoma de distintos trastornos mentales, como la esquizofrenia (OMS, 2021).

La psicosis se refiere a un cambio en la percepción de la realidad, y se manifiesta principalmente a través de síntomas como delirios y alucinaciones, pero también puede incluir problemas con el lenguaje y el comportamiento. Es importante tener en cuenta que la psicosis en sí misma no es un diagnóstico médico específico, ya que puede ser un síntoma de diferentes trastornos psiquiátricos y médicos. Por lo tanto, el tratamiento y la atención médica dependerán de la causa subyacente de la psicosis (Freudenreich et ál., 2018).

2.1 Definición y conceptualización

En el presente trabajo resulta fundamental enfocar la atención en la esquizofrenia. Este término tiene su origen en la psiquiatría moderna de Alemania, en particular, en la obra de Kraepelin y Bleuler. Ambos autores se basaron en las primeras raíces del concepto de Morel, quien describió la esquizofrenia como "*demencia precoz*" que hacía alusión a la

pérdida del todo. Finalmente es en el año 1911 cuando el psiquiatra suizo Eugen Bleurer introdujo finalmente el concepto “esquizofrenia”.

La OMS, por tanto, define la esquizofrenia como un trastorno mental grave que afecta a la percepción de la realidad, el pensamiento, las emociones y el comportamiento de una persona. (OMS, 2021). Este trastorno aún no tiene una causa exacta conocida, sin embargo, lo que sí se sabe es que produce un deterioro en el funcionamiento del individuo (Gili et al., 2013).

En cuanto a los tipos de esquizofrenia, según la última publicación del CIE-11 y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), ambos retiraron en su descripción los subtipos de esquizofrenia como una forma de simplificar descriptiva y clínicamente el trastorno ya que los expertos de ambos manuales consideran que dotarle de una tipología a la enfermedad no demostraba ninguna estabilidad diagnóstica en las evaluaciones longitudinales (Valle, 2020). Aún así, se expondrá la taxonomía de la esquizofrenia según la Clasificación Mundial de la Salud (CIE-10) ya que los profesionales de la salud mental siguen en contacto con esta y se considera de gran importancia seguir en contacto con estos (ver Tabla 1).

2.3 Sintomatología

El inicio de la esquizofrenia puede ser repentino, con una rápida aparición de los síntomas, o más gradual, con un desarrollo de los síntomas a lo largo de un período de aproximadamente un mes. Sin embargo, en general, la esquizofrenia tiene un inicio muy insidioso (Freudenreich et al., 2018).

Para diagnosticar la esquizofrenia, se requiere que el paciente experimente al menos uno o más de los siguientes síntomas durante un periodo de tiempo prolongado, generalmente al menos un mes. Esta enfermedad suele ser crónica y puede manifestarse en tres fases que se superponen entre sí sin límites claros y precisos entre ellas, como se indica en el Servicio Murciano de Salud en 2009.

En este contexto, el primer episodio se refiere a la aparición inicial de la sintomatología característica de la enfermedad. Esta manifestación puede ser abrupta o gradual, y en

muchos casos se presenta una fase prodrómica previa, que se caracteriza por el desarrollo gradual de varios signos y síntomas. Posteriormente, aparece un síntoma propio de la fase activa de la esquizofrenia, lo que marca el inicio del trastorno. La duración de este periodo puede variar entre varios días y semanas, y en función de la gravedad de los síntomas, puede extenderse durante varios meses.

Para ello se cuenta con tres tipos de fases:

- Fase aguda: se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos graves como delirios, alucinaciones o ambos, así como pensamiento desorganizado. En esta fase, los pacientes suelen tener dificultades para cuidar de sí mismos adecuadamente debido a la intensidad de los síntomas psicóticos. Además, los síntomas negativos tienden a ser más pronunciados en esta etapa de la enfermedad.
- Fase de estabilización: la intensidad de los síntomas psicóticos agudos empieza a disminuir durante esta fase, que puede durar alrededor de 6 meses o más desde el inicio del episodio agudo.
- Fase estable: síntomas estables y si aparecen son menos graves que en la fase aguda. Antes de alcanzar la fase estable de la esquizofrenia, el paciente puede experimentar una recaída, lo que conduce a un período prodrómico caracterizado por la presencia de síntomas disfóricos no psicóticos y formas atenuadas de síntomas positivos. Este período puede durar desde varios días hasta varias semanas o incluso meses, dependiendo del cuadro clínico del paciente. (Smith, 2021).

La esquizofrenia es un trastorno que afecta significativamente la capacidad de una persona para realizar tareas cognitivas y motoras complejas y difíciles. Como resultado, los síntomas asociados con esta condición pueden tener un impacto negativo en el desempeño laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal. Además, la pérdida de empleo, el aislamiento social y el deterioro de la calidad de vida son consecuencias comunes de la esquizofrenia no tratada o tratada de manera inadecuada.

De forma general, los síntomas de la esquizofrenia se dividen en cuatro categorías: los positivos, los negativos, los desorganizados y los cognitivos. Es posible que una persona experimente síntomas que pertenecen a una o varias de las categorías mencionadas

anteriormente. En otras palabras, los síntomas de la esquizofrenia no se limitan a una sola categoría, y es común que los afectados presenten síntomas que abarcan diferentes aspectos de la condición.

Como ya se ha comentado, los síntomas positivos se pueden clasificar también como ideas delirantes y alucinaciones. En primer lugar, las ideas delirantes se caracterizan por ser creencias que no se corresponden con la realidad y que persisten a pesar de la presencia de pruebas o evidencia que las contradigan de manera evidente, es decir, no tienen una base racional sin poder ser modificadas. Por otro lado, las alucinaciones se refieren a experiencias sensoriales que sólo son percibidas por una persona y no por otros. Estas experiencias pueden ser de los sentidos del oído, la vista, el olfato, el gusto o el tacto, siendo las experiencias auditivas las más comunes.

Los síntomas negativos o de déficit por otro lado incluyen en primer lugar, afecto aplanado, es decir, una gran falta de expresividad. En segundo lugar, pobreza del habla, una condición que hace referencia a que el paciente expresa pocas palabras, proporciona respuestas breves o muy concisas a lo que se le pregunta. Esto sugiere una falta de profundidad emocional o pensamiento complejo. En tercer lugar, la anhedonia, es decir, falta de motivación y dirección, y puede manifestarse como apatía o desinterés en las actividades que normalmente disfruta la persona. En cuarto y último lugar, la falta de sociabilidad con los demás.

Los síntomas desorganizados se dividen en trastornos del pensamiento y conductas extrañas. Se describe una condición en la que el pensamiento se encuentra desorganizado, lo que se evidencia en el habla que se desvía del tema principal, cambiando constantemente de uno a otro sin dirigirse a ningún objeto en particular. La forma de hablar puede presentar desde leves inconsistencias hasta llegar a ser incoherente e incomprensible. La conducta extraña se caracteriza por acciones que podrían ser consideradas infantiles o sin sentido, acompañadas de agitación y un aspecto, higiene o comportamiento inapropiado. Un ejemplo extremo de este tipo de comportamiento es la catatonía, la cual se manifiesta a través de posturas rígidas y resistencia a ser movido, así como una actividad motora sin un propósito claro y sin ser estimulada.

Por último, pueden presentarse déficits cognitivos en la atención, que puede verse disminuida, en la velocidad de procesamiento, en la memoria de trabajo, en el

pensamiento abstracto, en la resolución de problemas y en la comprensión de las interacciones sociales (Tamminga., 2022).

2.4 Diagnóstico

Dentro de la DSM-5, se presenta información detallada acerca de las características que deben ser consideradas por los profesionales de la salud mental al evaluar un caso de esquizofrenia, lo que permite identificar si la persona presenta la enfermedad o no:

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos

mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si: Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

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

No especificado

Al igual que en la taxonomía vista anteriormente, aquí los diferentes sistemas de diagnóstico también entran en discusión en algunos aspectos diagnósticos por eso se expondrán en esta tabla las diferencias entre el CIE – 11 y el DSM – V.

Diferencias de diagnóstico entre el CIE-11 y el DSM-V

	CIE -11	DSM - V
Duración de síntomas psicóticos	Al menos un mes	Un mes para síntomas de la sección A. Síntomas del trastorno persisten al menos 6 meses
Especificador de síntomas	Síntomas positivos Síntomas negativos Síntomas depresivos Síntomas maníacos Síntomas psicomotores Alteraciones cognitivas	Alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración cognitiva, depresión, manía

Nota. Adaptado de CIE-11 y DSM-V.

3. Integración sensorial

3.1 Marco teórico

Anna Jean Ayres (1920-1988) fue una destacada terapeuta ocupacional, pedagoga y psicóloga estadounidense, cuyo trabajo se centró en el tratamiento de personas con discapacidad. Su contribución más significativa a estas disciplinas fue la teoría de la Integración Sensorial (IS). A partir del trabajo de Charles S. Sherrington y otros expertos en el campo, Ayres comenzó a desarrollar la teoría de la IS en la década de 1950, con el objetivo de establecer una relación más profunda entre el cerebro y el comportamiento humano.

Ésta se dedicaba más específicamente a la terapia ocupacional con niños, enfocándose principalmente en aquellos que presentaban dificultades de aprendizaje en lectura, escritura y cálculo. La población de interés incluía aquellos con trastornos de comportamiento y de hiperactividad. A través de su experiencia, observó que muchos de estos niños presentaban deficiencias en la ejecución efectiva y apropiada de actividades ocupacionales, lo cual se manifestaba en una torpeza en la realización de estas y en una falta de concentración.

El modelo propuesto describe la manera en que el cerebro humano opera como un sistema integral con el fin de optimizar la capacidad funcional del individuo. Su enfoque se dirige hacia la explicación de los trastornos del aprendizaje y del comportamiento, a través de la evaluación y tratamiento de las deficiencias que se relacionan con la integración de estímulos sensoriales, como la torpeza, cuyo origen no puede atribuirse a una lesión o anomalía neurológica detectable.

Desde su aparición en los años 60, esta teoría ha ejercido un gran impacto en el ámbito de la terapia. Con el transcurso del tiempo, la teoría ha evolucionado, siendo objeto de continuas modificaciones y ampliaciones, a fin de adaptarse a la atención de otros grupos de pacientes, tales como aquellos que sufren de esquizofrenia (del Moral et al., 2013).

La Integración Sensorial es definida como un proceso neurológico que permite al individuo organizar las sensaciones que provienen del cuerpo en relación con el contexto para utilizar el cuerpo de manera efectiva en su entorno y reaccionar adecuadamente ante determinadas situaciones. La integración sensorial se lleva a cabo en el cerebro, lo que nos permite analizar, organizar e interpretar todas las sensaciones que recibimos a través de los sentidos. Es importante tener en cuenta que cada individuo procesa esto de manera diferente debido a factores genéticos, biológicos, ambientales y experiencias vitales. Estos factores interactúan entre sí, lo que lleva a la conclusión de que las disfunciones sensoriales pueden tener causas múltiples, es decir, que pueden tener un origen multicausal (Pastor et ál., 2013).

La Dra. Ayres reconoció la gran importancia de la información sensorial en el desarrollo cerebral y en las habilidades de adaptación de una persona en su entorno a largo plazo. Sostuvo que la información sensorial es esencial para el funcionamiento del cerebro, refiriéndose al *input sensorial*. A su vez, también reconoció como el proceso de

integración sensorial postuló que la integración sensorial es fundamental para el desarrollo emocional, cognitivo, motor y comunicativo posterior de una persona (del Moral et al., 2013).

3.2 Procesamiento sensorial

En cuanto al procesamiento sensorial de la integración sensorial se realiza de manera inconsciente, el cual implica la recepción constante de una cantidad ilimitada de estímulos a través de los siete sistemas sensoriales: visual, olfativo, gustativo, táctil, vestibular y propioceptivo. Todos estos estímulos son enviados al cerebro para ser procesados, pero no sólo realiza esta acción, sino que también los organiza, clasifica e integra para que se puedan comprender y por lo tanto se den respuestas adaptativas para el sujeto.

La información sensorial llega a nuestro sistema nervioso central y allí se produce este procesamiento en base a cuatro fases. En primer lugar, encontramos el registro que facilita la capacidad de reconocer y distinguir cada estímulo de manera individual. En segundo lugar, la modulación o regulación, que posibilita ajustar el nivel de intensidad con el que percibimos el estímulo. En tercer lugar, la discriminación, que facilita la capacidad de organizar y dar sentido al estímulo, y de identificar su importancia, características y cualidades específicas. En cuarto y último lugar, la integración, que se refiere a que en esta fase se combina los estímulos relevantes que provienen de diferentes sentidos para entender las exigencias del entorno y las capacidades de nuestro cuerpo, y así poder generar una respuesta adecuada.

Los dos primeros subprocesos afectan principalmente al estado de alerta de la persona, mientras que los dos últimos tienen un impacto en la planificación y ejecución de movimientos complejos, es decir, en la praxis. Este procesamiento sensorial descrito anteriormente se produce de forma secuencial, por lo que ante la aparición de déficit en el primero, afectará por consiguiente en todos los demás, repercutiendo también en la emisión de la respuesta adaptativa (del Moral et al., 2013).

Hay cinco supuestos fundamentales en los que se basa la teoría y práctica de la integración sensorial. En primer lugar, el sistema nervioso central es plástico, por lo tanto, los

procedimientos de intervención basados en la teoría de la integración sensorial pueden modificar el cerebro. En segundo lugar, la integración sensorial ocurre en una secuencia de desarrollo. En tercer lugar, el cerebro funciona como un todo, pero está compuesto de sistemas organizados jerárquicamente. En cuarto lugar, la capacidad de producir una respuesta adaptativa se basa en la integración sensorial, y la evidencia de una respuesta adaptativa promueve la integración sensorial. En quinto lugar, existe un impulso interno para desarrollar la integración sensorial, que se manifiesta a través de la participación en actividades sensoriomotoras (Tönnissen., 2005).

3.3 Disfunciones de la IS

Estas disfunciones ocurren cuando el procesamiento sensorial no se realiza de manera efectiva, debido a que el sistema nervioso central no procesa, organiza e integra adecuadamente la información sensorial (Tönnissen., 2005).

Se entiende la integración sensorial como base para el desarrollo a nivel emocional, cognitivo, motor y comunicativo, por lo tanto, si hay un pobre procesamiento sensorial probablemente estaremos ante conductas disfuncionales. Esto genera problemas a nivel de desarrollo, de diferencias de aprendizaje y emocionales, y de problemas de comportamiento, estos impactan de manera negativa y directa en la funcionalidad y en la participación de las actividades de la vida diaria.

Al trabajar con niños, observó cómo la integración sensorial influye significativamente en la participación del niño en sus actividades cotidianas. Los comportamientos disfuncionales, como la falta de habilidades, problemas de conducta y emocionales, dificultades para regular el estado de alerta, sueño y atención, y la participación en actividades y tareas pueden ser atribuidos a un procesamiento sensorial deficiente, lo que también puede afectar la autoconciencia y la autoestima (del Moral et al., 2013).

4. La IS como forma de intervención en pacientes con esquizofrenia

Para Pastor et al. (2013), la intervención en integración sensorial se focaliza en los tres sistemas sensoriales, es decir, en el vestibular, en el propioceptivo y táctil junto con la información visual y auditiva. La intervención varía en cuestión de la disfunción en el procesamiento sensorial, por ello es muy importante realizar una buena evaluación previa al tratamiento. Por lo tanto, la terapia de integración sensorial como intervención está diseñada para realizarse de forma individualizada para abordar los problemas sensoriales y motores subyacentes que pueden afectar a los sujetos durante las actividades diarias en todos sus contextos. Esto requiere de una base científica para garantizar que las actividades sensoriomotrices aborden correctamente las dificultades específicas que hemos identificado en la evaluación y de una participación y voluntaria de la persona, junto con una experiencia sensorial controlada por un profesional.

Una vez que se ha realizado la evaluación, se desarrolla un plan de tratamiento individualizado que se adapta a las necesidades específicas del individuo. La terapia de Integración Sensorial implica la exposición controlada y repetida a diferentes estímulos sensoriales, que se combinan para proporcionar experiencias sensoriales únicas y significativas. El objetivo de la terapia es ayudar al individuo a procesar, organizar e interpretar la información sensorial de manera más efectiva, y a utilizar esta información para mejorar la función y el comportamiento adaptativo en actividades cotidianas.

La terapia de Integración Sensorial a menudo se lleva a cabo en un entorno clínico especializado y puede implicar el uso de diversos materiales y equipos de terapia, como columpios, almohadillas de vibración, túneles de estimulación y otras herramientas. Los terapeutas de Integración Sensorial también pueden trabajar con el individuo y su familia para proporcionar estrategias y habilidades que puedan aplicarse en el hogar y en otros entornos (Pastor et al., 2013).

En la terapia de integración sensorial (TIS), se utilizan actividades que involucran diferentes sistemas sensoriales como el tacto, la vista, el oído, el olfato y el gusto para estimular la capacidad del paciente para procesar la información sensorial. El terapeuta de TIS trabaja en conjunto con el paciente para crear un plan de tratamiento personalizado

que se enfoque en las áreas específicas del procesamiento sensorial en las que el paciente está teniendo problemas. El plan puede incluir actividades que involucren uno o varios sistemas sensoriales para mejorar la capacidad del paciente para procesar la información sensorial de manera más efectiva.

En pacientes con esquizofrenia, existe una disfunción en el procesamiento sensorial que puede afectar su capacidad para realizar tareas cotidianas que implican la percepción de múltiples estímulos visuales y auditivos al mismo tiempo. Esta disfunción sensorial puede tener un impacto significativo en su vida diaria y en la calidad de vida. La terapia de integración sensorial (TIS) puede ser una intervención efectiva para abordar este problema.

Un terapeuta de TIS trabajaría con el paciente para diseñar un programa de intervención personalizado que involucre actividades que estimulen simultáneamente tanto el sistema visual como el auditivo, como escuchar música mientras se dibuja o realizar ejercicios de seguimiento visual mientras se escuchan instrucciones auditivas. Estas actividades pueden ayudar al paciente a mejorar su capacidad para procesar información sensorial y, como resultado, mejorar su capacidad para realizar tareas cotidianas y reducir los síntomas asociados con la esquizofrenia. La TIS puede ser una terapia complementaria útil en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia y disfunción sensorial (Sánchez-Álvarez., 2017).

Por un lado, el estudio llevado a cabo por Faria y colaboradores (2020) buscó investigar los efectos de la terapia de integración sensorial (TIS) en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia. El estudio incluyó a 22 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, divididos en dos grupos: uno que recibió TIS junto con el tratamiento habitual y otro que recibió solo el tratamiento habitual.

Los resultados del estudio indicaron que los pacientes que recibieron TIS junto con el tratamiento habitual experimentaron una mejora significativa en su calidad de vida, en comparación con los pacientes que recibieron solo el tratamiento habitual. Además, se observó que la TIS fue bien tolerada por los pacientes y no se observaron efectos adversos significativos.

Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Merello y colaboradores (2021) se enfocó en investigar los efectos de la terapia de integración sensorial (TIS) en la sintomatología positiva de pacientes con esquizofrenia. El estudio incluyó a 28 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, divididos en dos grupos: uno que recibió TIS junto con el tratamiento habitual y otro que recibió solo el tratamiento habitual.

En este caso, hubo como resultados que los pacientes que recibieron TIS junto con el tratamiento habitual experimentaron una mejora significativa en la sintomatología positiva de la esquizofrenia, en comparación con los pacientes que recibieron solo el tratamiento habitual. Asimismo, se observó que la TIS fue bien tolerada por los pacientes y no se observaron efectos adversos significativos.

En conclusión, los resultados de ambos estudios sugieren que la TIS podría ser una terapia complementaria efectiva en el tratamiento de la sintomatología positiva de la esquizofrenia y que es bien tolerada por los pacientes. No obstante, se requieren más estudios para evaluar su efectividad a largo plazo y su relación con otras terapias y tratamientos habituales en pacientes con esquizofrenia.

Por lo que, a pesar de las limitaciones en el número de estudios y la falta de consistencia en los métodos de evaluación, la revisión de la literatura sugiere que la TIS tiene el potencial de mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas de los pacientes con esquizofrenia, por lo tanto, puede ser una técnica complementaria de intervención útil y prometedora para las personas con esquizofrenia que experimentan dificultades en el procesamiento sensorial. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar los beneficios de la TIS en este grupo de pacientes.

5. Conclusiones

En el presente trabajo de Fin de Grado se planteó una problemática que tenía como origen la deficiencia de intervenciones efectivas en la esquizofrenia, ya que, aunque este trastorno no presenta tasas alarmantes de incidencia a nivel mundial, sí representa una preocupación significativa para aquellos que lo sufren y su entorno, por ello resulta de

gran importante investigar en nuevas alternativas que mejoren significativamente la calidad de vida de estas personas.

Es por esto, que se propuso como objetivo general profundizar en la integración sensorial como forma de intervención en adultos con esquizofrenia ya que existe una estrecha relación entre la disfunción sensorial y el trastorno en sí. La esquizofrenia a menudo se manifiesta con síntomas sensoriales atípicos, como la hipersensibilidad a los estímulos, lo que puede resultar en una interpretación inadecuada de la información sensorial. La intervención de integración sensorial busca abordar estas disfunciones sensoriales y mejorar la calidad de vida de los individuos.

Además, la integración sensorial también puede tener un impacto positivo en otros aspectos relacionados con la esquizofrenia, como la cognición y la socialización. Al mejorar la capacidad del individuo para procesar y comprender la información sensorial, se puede mejorar su capacidad para realizar actividades cotidianas y para interactuar con otras personas. En última instancia, profundizar en la integración sensorial como una forma de intervención puede resultar en una herramienta valiosa para mejorar el bienestar de los adultos que padecen esquizofrenia.

Para llegar a este objetivo general se han planteado distintos objetivos específicos. En primer lugar, conceptualizar brevemente el marco teórico de la esquizofrenia, esta es una tarea crucial para comprender la complejidad y las dimensiones de este trastorno mental. A través de la consideración de los síntomas y los factores etiológicos, se puede obtener una comprensión profunda de los mecanismos subyacentes de la esquizofrenia y, por lo tanto, se pueden diseñar intervenciones adecuadas y terapias efectivas.

Además, el marco teórico de la esquizofrenia puede ser una herramienta útil para el avance de la investigación en este campo, así como para la identificación de nuevos objetivos terapéuticos. En último lugar, la conceptualización del marco teórico de la esquizofrenia es esencial para mejorar la comprensión de este trastorno y para el desarrollo de soluciones efectivas que puedan mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

En segundo lugar, definir el marco teórico de la integración sensorial y el proceso de las terapias de integración sensorial. La integración sensorial es un proceso complejo que nos permite interpretar y organizar la información que recibimos de nuestros sentidos. Por esta razón, es importante definir claramente el marco de la integración sensorial para que los profesionales puedan comprender cómo funciona y cómo ayudar a las personas con dificultades en este área. Además, una definición precisa del marco también es crucial para la investigación y el desarrollo de terapias efectivas.

Por otro lado, un marco bien definido para la integración sensorial también es esencial para garantizar una práctica terapéutica coherente y segura. Los terapeutas deben estar familiarizados con los principios y teorías que subyacen en esta área y los diferentes enfoques terapéuticos para ayudar a sus pacientes. Una definición clara del marco también es importante para asegurarse de que los terapeutas estén actualizados en las últimas investigaciones y hallazgos y puedan proporcionar tratamientos efectivos y seguros a sus pacientes. En resumen, la definición del marco de la integración sensorial es fundamental para una práctica terapéutica coherente, segura y efectiva.

En tercer lugar, caracterizar la integración sensorial de las personas con esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno mental que puede tener un impacto significativo en la integración sensorial de las personas. Por lo tanto, es importante comprender la relación entre la integración sensorial y la esquizofrenia para ayudar a los terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud a abordar las necesidades de las personas que padecen esta enfermedad. Al utilizar técnicas de integración sensorial, los terapeutas pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a regular sus respuestas sensoriales y mejorar su capacidad para procesar la información sensorial de manera efectiva.

Asimismo, la investigación sobre la relación entre la integración sensorial y la esquizofrenia es crucial para el desarrollo de tratamientos más efectivos para este trastorno. Al comprender cómo la esquizofrenia afecta la integración sensorial, los profesionales de la salud pueden diseñar terapias personalizadas y efectivas que aborden las necesidades específicas de cada paciente. En resumen, la relación entre la integración sensorial y la esquizofrenia es importante porque puede mejorar el manejo de los síntomas y el tratamiento de la enfermedad, lo que a su vez puede mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esquizofrenia.

Por último, investigar nuevas alternativas de tratamiento que coincidan con el modelo de la TIP. La terapia de integración sensorial (TIS) es una técnica efectiva utilizada para abordar los desafíos que enfrentan las personas con trastornos sensoriales, como la dificultad para procesar información sensorial. Sin embargo, para garantizar una práctica terapéutica más efectiva, es necesario investigar nuevas alternativas de tratamiento que coincidan con el modelo de la TIS.

Es esencial explorar nuevas técnicas y enfoques de terapia de integración sensorial para adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente y lograr mejores resultados. Además, la investigación en esta área puede ayudar a identificar nuevos recursos y herramientas que pueden mejorar la práctica clínica de la TIS. En conclusión, la investigación continua de nuevas alternativas de tratamiento es crucial para mejorar la práctica clínica de la terapia de integración sensorial y para garantizar que se estén utilizando las técnicas más efectivas y adecuadas para ayudar a las personas con trastornos sensoriales.

Para finalizar, la realización de un TFG sobre la relación entre la terapia de integración sensorial y la esquizofrenia ha presentado ciertas limitaciones debido a la escasa información existente sobre este tema. A pesar de la creciente atención prestada a las terapias no farmacológicas para la esquizofrenia en la última década, la investigación específica sobre la terapia de integración sensorial en esta población es aún incipiente.

La revisión de la literatura existente sobre la terapia de integración sensorial en pacientes con esquizofrenia ha demostrado que la mayoría de los estudios realizados han sido de baja calidad metodológica o presentan muestras reducidas, lo que dificulta la generalización de los resultados obtenidos. Además, los estudios existentes se centran en la evaluación de los efectos de la terapia de integración sensorial en la sintomatología negativa de la esquizofrenia, y la evidencia disponible sobre la mejora de la sintomatología positiva y la calidad de vida es limitada.

A pesar de estas limitaciones, se ha observado una tendencia creciente hacia la incorporación de la terapia de integración sensorial como una terapia no farmacológica complementaria en el tratamiento de la esquizofrenia. Es necesario continuar investigando sobre la eficacia de esta terapia en pacientes con esquizofrenia, con el fin de

mejorar la calidad de vida y el bienestar de estas personas y avanzar en el desarrollo de alternativas terapéuticas efectivas y seguras.

6. Referencias bibliográficas

- del Moral, G., Sanz, P. y Pastor, M.A. (2013). Del marco teórico de la integración sensorial al modelo clínico de intervención. *Revista Tog*, 10 (17), 1-25.
- de Gelder, B., Vroomen, J., de Jong, S.J., Masthoff, E.D., Trompenaars, F.J. y Hodiament, P., (2005, enero). Multisensory integration of emotional faces and voices in schizophrenics. *Schizophr.Res.* 72 (2-3), 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.02.013>
- Gröhn, C., Norgren, E. y Eriksson, L. (2022). A systematic review of the neural correlates of multisensory integration in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 27, 1002919. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100219>
- Ramírez, D., Alberto, C. y Castaño, D. (2018). Efectividad de los programas computorizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 16 (2), 73-86. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI16-2.epr>
- Rueda C., L., Angulo D., V., Cruz S., G. y Lapierre A., M. (2006). Evaluación de integración sensorial en adultos con esquizofrenia. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 6, 8-93. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2006.114>
- Seymour, K. y Kaliuzhna, M. (2022). Self-monitoring in schizophrenia: Weighting exteroceptive visual signals against self-generated vestibular cues. *Schizophrenia Research: Cognition*, 29, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100256>
- Stevenson, R.A., Park, S., Cochran, C., McIntosh, L.G., Noel, J.P., Barense, M.D., Ferber, S. y Wallace, M.T. (2017). The associations between multisensory temporal processing and symptoms of schizophrenia. *Schizophr.Res.* 179, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.035>

- Stone, D.B., Coffman, B.A., Bustillo, J.R., Aine, C.J. y Stephen, J.M. (2014). Multisensory stimuli elicit altered oscillatory brain responses at gamma frequencies in patients with schizophrenia. *Front.Hum.Neurosci*, 8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00788>
- Wallace, M.T., Woynaroski, T.G. y Stevenson, R.A. (2020). Multisensory integration as a window into orderly and disrupted cognition and communication. *Annual Review Psychology* 71 (1), 193–219. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-051112>
- Wynn, J.K., Jahshan, C. y Green, M.F. (2014). Multisensory integration in schizophrenia: a behavioral and event-related potential study. *Cognitive Neuropsychiatry*, 19 (4), 319–336. <https://doi.org/10.1080/13546805.2013.866892>

6.1 Bibliografía

- A. Deister, A. Marneros. Long-term stability of subtypes in schizophrenic disorders: A comparison of four diagnostic systems.
- Al Radaideh, A., Tawalbeh, S., Al-Khawaldeh, O., y Albashtawy, M. (2021). Quality of life in patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(1), 2-15. <https://doi.org/10.1111/jpm.12644>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Esquizofrenia. (2022, 11 enero). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks020>

- Jiang, J., Hu, M., Wang, L., Chen, Y., y Guo, X. (2021). Cognitive training in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 236, 51-59. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.01.026>
- Lake, R. C. (2012). *Schizophrenia Is a Misdiagnosis: Implications for the DSM-5 and the ICD-11* (2012 ed.). Springer.
- Merello, M. J., Viera, M. C., Reynoso, M. P., Manfredi, E. A., González, M. C., & De Santis, A. D. (2021). Efectos de la terapia de integración sensorial en la sintomatología positiva de pacientes con esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 30(2), 95-103. <https://doi.org/10.24205/03276716.2021.201200>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2021). Informe anual sobre el estado de la función pública. https://www.mtes.gob.es/es/servicios/fucionpublica/estado_funcion_publica/informe_anual/default.htm
- Sánchez-Álvarez, N., Calero-Elvira, A., Fernández-Martín, C., & Rodríguez-Testal, J. F. (2017). Terapia de Integración Sensorial en pacientes con trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 89-97. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18052
- Parham, L. D., y Mailloux, Z. (2015). The state of the science on sensory integration research with children. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 6906180070. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.018622>
- Pérez García C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. *Rev Enfermería y Salud Mente*. 2015;(1):16–22.
- Quattrone, D., Ferrara, M., Chiavetta, A., Mucci, A., y La Cascia, C. (2021). Theory of mind, attachment styles, and social functioning in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 234, 62-73. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.01.021>

Serrano-Drozdzowskyj, E., González-Santelises, T., y González-Santelises, M. (2020). Terapia ocupacional y salud mental: alternativas no farmacológicas en el tratamiento de la esquizofrenia. *Revista Española de Terapia Ocupacional*, 30(1), 1-13. <https://doi.org/10.26752/2020.1.01>

Tamming, C. (2022). Schizophrenia. En: The Merck Manual. Recuperado de <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>

Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.001>

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.

7. Anexos

Tabla 1

Taxonomía de los tipos de esquizofrenia según CIE-10

Tipo	Sintomatología	Comienzo de los síntomas
Esquizofrenia paranoide	Presencia de creencias delirantes y alucinaciones auditivas.	Inicio de los síntomas a una edad mayor que la media.
Esquizofrenia hebefrénica	Presencia de pensamientos delirantes inusuales y fragmentales, con tendencia a divagar.	Mayor frecuencia en la adolescencia.

Esquizofrenia catatónica	Sintomatología motora Aparición en edades como estupor, agitación, tempranas. negativismo y catalepsia.
Esquizofrenia indiferenciada	No hay una sintomatología predominante de un tipo específico de trastorno por encima de otro.
Esquizofrenia residual	Ausencia de síntomas Requiere de al menos un positivos, si hay alguno año de evolución. presente está debilitado.
Esquizofrenia simple	Amplia gama de síntomas negativos con grave deterioro social.
