

Terapia Ocupacional en Unidad de Hospitalización Breve

Susana Castillo Velasco

Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario

Gregorio Marañón. Madrid

Resumen

La terapia ocupacional en una Unidad de Hospitalización Breve tiene un papel importante dentro del equipo multidisciplinar en el desarrollo de los objetivos asistenciales. Las funciones del terapeuta ocupacional determinan sus competencias profesionales que son variadas dado el enfoque integrador y global.

Los objetivos generales de contención y mejora de la convivencia son esenciales para crear un ambiente de ingreso favorable para el paciente y las condiciones adecuadas para que los profesionales podamos realizar nuestro trabajo. A nivel específico el terapeuta ocupacional realiza el tratamiento de la psicopatología mediante actividades y técnicas, también se realiza un trabajo que refuerza y completa la atención de cada caso con objetivos como: la autopercepción, la prevención de la desvinculación y el hospitalismo, la autonomía y funcionalidad.

El programa terapéutico se compone de una variedad de actividades organizadas y adaptadas a las necesidades de las personas ingresadas para conseguir una mejor evolución. Se incorporan técnicas corporales, terapias creativas y dinámicas grupales diversas dentro de la planificación.

Las características y capacidades que el terapeuta ocupacional debe poseer por la exigencia de estos dispositivos hacen que su labor sea más eficaz.

Palabras clave

Unidad de hospitalización breve, psicopatología, terapéutico, control, autopercepción, tratamiento activo.

Abstract

Occupational therapy in a Short Hospitalization Unit plays an important role in the development of the assistance goals within the multidisciplinary team. The functions of the occupational therapist determine his/her professional competences which are varied due to the integrating and global approach.

The general aims of the coexistence's control and improvement are essential to create a favourable admission atmosphere for the patient and also to create the adequate conditions for the professionals to work. On a specific level the occupational therapist carries out a treatment of the psychopathology by means of activities and techniques. His/her work also reinforces and completes assistance in each case with ob-

jectives such as: self-perception, disassociation and *hospitalism* prevention, autonomy and functionality.

The therapeutic programme consists of a variety of activities which are organised and adapted to the patients' needs in order to improve their progress. Different body techniques, creative therapies and group dynamics are included in the planning.

Due to the requirement of these elements, the occupational therapist's characteristics and abilities make their work more effective.

Key Words

Short hospitalization unit, psychopathology, therapeutic, control, self-perception, active treatment.

Descripción del dispositivo

La principal función del dispositivo se centra entorno a la idea del tratamiento de cuadros psicopatológicos que no pueden ser abordados a nivel ambulatorio, ya sea por su sintomatología aguda como por el planteamiento de desarrollar una determinada estrategia terapéutica que precise ingreso. Estas dos situaciones pueden presentarse de forma separada o conjunta, es decir, un paciente con un proceso agudo puede que necesite un ingreso y durante el ingreso se decida analizar su caso desde nuevas perspectivas, variar su tratamiento psicofarmacológico, un cambio de diagnóstico, etc.; o puede que simplemente sea necesario restablecer la pautas terapéuticas, como ocurre cuando se ha producido un abandono de la medicación. Pero puede ser que a priori, por ser necesaria una modificación

de tratamiento, diagnóstico, etc.; se solicite un ingreso aunque el sujeto no presente una sintomatología aguda.

Las diversas situaciones patológicas y los enfoque terapéuticos se combinan, a su vez, con la situación en la que se ha producido el ingreso y con las expectativas del paciente ante dicho ingreso, aspectos que se incluirán en el desarrollo del artículo.

Dentro de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) trabaja un equipo multidisciplinar que realiza una labor coordinada en la que cada componente desarrolla su labor asistencial según sus correspondientes funciones profesionales y los requerimientos del dispositivo. Genéricamente el equipo constituido por: psiquiatra, psicólogos, ATS- DUE, auxiliar de clínica, trabajador social, terapeuta ocupacional, forma el bloque asistencial sanitario; son así mismo imprescindibles todo un conjunto de categorías profesionales y servicios.

Nos centraremos en los contenidos que tienen que ver con la terapia ocupacional empezando por sus funciones.

Funciones del terapeuta ocupacional

La documentación y registro de información.

La *recogida de información* es un proceso determinante en el desarrollo terapéutico y hay que saber utilizar las diversas fuentes de datos. De entrada lo mejor sería la historia clínica para poder solicitar datos que nos sean necesarios en la reunión de equipo, o bien recoger datos en la presentación del caso en la reunión y completarlos con la historia. Siempre es importante el contacto directo con el responsable del caso y cualquier miembro del equipo que

consideremos para que nos pueda aportar la información necesaria.

Tras una primera recogida de datos otra fuente esencial es el propio paciente: lo que transmite espontáneamente, lo que cuenta cuando se le pregunta. Sobre todo analizarlo según el contexto en el que se producen sus aportaciones: no es lo mismo la sala que el despacho, lo individual que lo grupal, ni tampoco si se demanda o no la información, quien lo hace; también va a ser distinta cada situación personal dentro de la evolución del paciente. El objetivo es el conocimiento del paciente, el inicio de un planteamiento terapéutico individualizado, poder sacar conclusiones y valoraciones acertadas sobre su funcionamiento en la planta para actualizar objetivos de forma continua.

Registrar y transmitir la información que obtiene el terapeuta ocupacional supone dejar constancia del trabajo realizado y participar aportando información al equipo en la comprensión del caso y su tratamiento. Con lo cual, hay que considerar esta labor como un aspecto de gran implicación con el equipo y una forma de comprometerse con el paciente y la evolución de su caso.

La contención y convivencia del grupo y de cada paciente.

El terapeuta tiene una función definitivamente clave en la *adecuación de la actitud* frente al tratamiento, dado que suele ser un contexto en el que el paciente vacía sus apreciaciones personales ya que se le inviste de una identidad global que muchas veces siente haber perdido por la situación de ingreso; por eso, conociendo la perspectiva que el sujeto ha formado se puede intervenir incidiendo sobre esas predisposiciones para que se orienten, en la

medida de lo posible, hacia una actitud del paciente que facilite más el tratamiento.

También, tenemos una función destacada en la *capacidad de adaptación* durante el tiempo de ingreso, que supone un lugar no siempre nuevo pero sí diferente al habitual, horarios, normas, otros pacientes, personal, etc. Además, el ingreso en psiquiatría posee unas peculiaridades como pueden ser: uso de espacios comunes (salas de estar, comedor, tratamientos grupales), la disminución del tiempo de permanencia en la habitación, la interacción con múltiples paciente con síntomas y conductas diversas. Todo esto, pone a prueba la capacidad de adaptación, pero, en este caso, las capacidades del sujeto no hacen factible un afrontamiento exento de dificultades que suele generar ansiedad. Para ello el objetivo general sería facilitar que el paciente se ubique y que incorpore esta circunstancia provisional mediante los recursos personalizados en cada situación y con el referente en torno al tratamiento.

Como vemos *disminuir la tensión y la ansiedad básica individual o grupal* está dentro de las funciones del terapeuta ocupacional. Hay que detectar si la tensión se genera en el grupo y analizar las causas para prevenir situaciones de agresividad, si conocemos el grupo con el que estamos trabajando podremos anticipar la posible conflictividad. Relacionado con lo anterior, nuestra función en el desarrollo de la *interacción* entre los pacientes sirve, además, para evitar el aislamiento o la sobreimplicación de unos pacientes hacia otros y conseguir una interacción ajustada a la situación de ingreso.

Tratamiento de la patología desde terapia ocupacional

En primer lugar crear una *relación terapéutica adecuada* generando confianza en el paciente, que nos perciba como profesionales del equipo; intentar que comprenda lo básico, considerando su situación psicopatológica, del tratamiento que se pretende realizar desde terapia ocupacional. Todo ello, sin que se genere en el paciente actitudes de dependencia por el mal manejo de la relación con él.

La *sinomatología* se trabajará desde el tratamiento activo, más indicado, para que el sujeto ponga en juego unos determinados funcionamientos, y regulando el nivel de exigencia. La clave está en aunar relación terapéutica e intervención dentro de la actividad planificada. Así mismo, se puede incidir sobre los *efectos secundarios* de la medicación conociéndolos para adecuar el nivel de exigencia cuando estos efectos limiten la capacidad funcional e intentar plantear una actividad que los contrarreste.

En el tratamiento *psicoeducativo* y *las actividades básicas de autonomía* el terapeuta ocupacional tiene como función reforzar los contenidos y las intervenciones del resto del equipo y aportar en esta continuidad la visión de globalidad para que el paciente considere que incumbe a su enfermedad y al mantenimiento o refuerzo de aspectos sanos.

La *ayuda diagnóstica* consiste en que la información sobre el funcionamiento del sujeto que el terapeuta ocupacional aporta es de interés a la hora de establecer un diagnóstico. Dado que el paciente llega a actuar, antes o después con espontaneidad en la expresión y manifestación de actitudes, durante el desarrollo de la terapia se obtiene una visión completa y con alto grado de veracidad.

Facilitación de la expresión vivencial del paciente ingresado

Para la facilitación vivencial es básico tener en cuenta la situación en la que se produce el ingreso. Puede que sea un reingreso y podamos tener información anterior que deberemos revalorar, dado que las circunstancias pueden ser cambiantes. Puede que sea un primer ingreso que hasta entonces haya seguido un tratamiento ambulatorio o que ese ingreso sea su primer contacto con el ámbito asistencial. Todas estas posibilidades se combinan a su vez con otras. Si el ingreso a sido voluntario se pueden dar diversas posibilidades: por iniciativa propia que puede reflejar un buen manejo o conciencia de la enfermedad, o en otro aspecto, cierto grado de manipulación o intención; por criterio externo cuando lo plantea un familiar, a veces, con la aceptación del paciente; por una situación desencadenante, etc. Cuando se da el caso de un ingreso involuntario y se tiene que hacer judicial al paciente, lógicamente, estaremos ante sentimientos de mayor rechazo hacia la situación de ingreso, lo que se suma a un determinado cuadro psicopatológico.

En el paciente surge la necesidad de expresar cómo se siente, no sólo ante el ingreso, también ante su situación patológica y hacia muchos de los aspectos que se han expuesto anteriormente. Cuando al paciente se le da la oportunidad o se plantea una terapia, directa o indirectamente, suele suceder que el sujeto expresa con intensidad su vivencia y debe ser abordada de forma adecuada. Un trabajo interesante es también trabajar hacia una emoción o pensamiento incipiente cuando este se orienta en sentido positivo para la evolución del paciente.

Desarrollo de una autopercepción adecuada

Otra función sería al desarrollo de una autopercepción aceptable, es decir, hacia una visión lo más realista desde lo subjetivo. Aquí es el grupo el que desempeña un papel importante, siempre y cuando lo sepamos orientar hacia el objetivo terapéutico, facilitaremos la conciencia de la enfermedad y estimularemos la implicación en el tratamiento lo que repercutirá positivamente en la evolución.

Disminuir la desvinculación del contexto habitual de la persona ingresada

En psiquiatría tiene unas dificultades añadidas ya que en algunos casos el paciente carece de vínculos adecuadamente sólidos y en el hospital encuentra atención y cuidados. En terapia ocupacional se integran todos los aspectos que tienen que ver con el individuo y por tanto es el espacio mejor para activar las referencias de su entorno externo manteniéndolas vigentes.

Integración y prevención del hospitalismo

El combinar la mejor integración del paciente y la prevención del hospitalismo se convierte en una labor delicada, ya que en algunos casos, se establece una «frontera» que el paciente puede cruzar muy fácilmente y que los profesionales no logran delimitar hasta que la situación se muestra de forma evidente.

La integración en los contextos y situaciones del tratamiento puede ser costosa por: aislamiento, actitudes negativas, dificultades psicopatológicas. Cada paciente tiene su tiempo, no hay que forzar, mejor negociar, convencer, adaptar las terapias al paciente que se encuentra en esa circunstancia. Ya que el tratamiento es activo sería un error imponer.

En relación al hospitalismo lo principal es prevenirlo, para lo cual, se intentará detectar señales previas, analizar el caso para encontrar posibles beneficios secundarios de la situación de ingreso. Terapia ocupacional es un buen espacio para identificar los primeros signos y para realizar la intervención: evitar que el paciente se acomode aumentando la exigencia, confrontar situación con actitud, destapar la manipulación.

Evaluación del paciente

En la evaluación analizaremos como actúa la psicopatología en el paciente y como se refleja en su funcionamiento. Aunque se valore la funcionalidad por áreas hay que sacar también conclusiones globales que den sentido completo e integrado a lo que es el análisis propio de terapia ocupacional.

La *preparación al alta* la considero esencial en el tratamiento del paciente y en la labor asistencial del terapeuta, siempre en coordinación con el equipo. En general, consiste en ayudar a la organización de sus roles en la vida cotidiana, modular las anticipaciones que genera el paciente cuando tiene cerca el alta, etc. Se producen reacciones diversas en la persona pero siempre mueve alguna emoción.

Desarrollo del trabajo de terapia ocupacional en Unidad de Hospitalización Breve

Reunión de equipo

El terapeuta ocupacional debe participar activamente en las reuniones de equipo que se hacen todos los días, en las sesiones clínicas de casos y coordinarse con otros profesionales para que la labor asistencial en conjunto resulte lo más eficaz posible.

Planificación terapéutica

Es organizar lo que va a ser el tratamiento y se constituye por una serie de pasos. Primero la recogida de información tanto de cada caso como sobre el grupo de pacientes, después una valoración inicial que da paso al planteamiento de los objetivos individualizados que se irán ajustando mediante sucesivas valoraciones continuadas para mantener la exigencia al máximo de sus posibilidades. Determinar si la terapia va a ser individual o grupal dependiendo de las necesidades terapéuticas. El primer tipo se utiliza para realizar la primera entrevista y las de seguimiento, para la preparación al alta, para tratamientos específicos, etc. La grupal es la que más predomina con grupos abiertos, muy heterogéneos, bastante numerosos para el tipo de pacientes de que se trata. Concretar el tipo de actividad y de intervención personalizada basándonos en los datos anteriores, en los modelos y en las técnicas terapéuticas necesarias. El diseño de la actividad debe orientarse hacia propuestas con un potencial terapéutico adecuado a la exigencia del tratamiento, al tipo de grupo y de paciente. Determinar el encuadre y que el paciente lo llegue a manejar, con las cuestiones: qué, dónde, cuándo, quién.

Técnicas corporales

La *gimnasia* se utiliza para la movilización articular, activación cardiovascular ligera, la propiocepción, la reducción de efectos secundarios, la prevención de los efectos negativos del sedentarismo, la regulación del balance activación-relajación, etc.

La *relajación* está condicionada por las posibilidades del encuadre y se realiza como intervención puntual de sesiones, no tanto como entrenamiento, siendo un medio auxiliar para disminuir la ansiedad.

La *psicomotricidad* y la *expresión corporal* también se utilizan como técnicas para múltiples dinámicas grupales trabajando la expresión de emociones, canalización de vivencias y para movilizar la interacción personal.

Terapias creativas

Precisan de un especial cuidado en la selección, supervisión y responsabilidad del material en pacientes con o sin riesgo. Preferiblemente actividades con alto potencial proyectivo, por lo que es adecuado utilizar un modelo psicodinámico en el que surja el diálogo propio del paciente y nosotros realicemos acompañamiento con escucha activa.

Durante la creación de un objeto se manifiesta también el funcionamiento del paciente. La finalidad no es un resultado perfecto ni tampoco se juzgará el trabajo, se tendrá en cuenta los gustos y decisiones del sujeto. Las tareas deben ser accesibles, gratificantes y limitarse al tiempo de la sesión en lo posible.

Dinámicas grupales

Sirven para que el paciente elabore su situación, la interacción, la expresión, el abordaje de forma indirecta de situaciones problemáticas, la implicación, la motivación, etc., mediante el desarrollo por parte del sujeto de lo que planteemos, de una modulación del grado de dirección y una intervención adecuada.

Grupos «realistas»

Los grupos basados en situaciones externas reales son muy terapéuticos y además dan referencias y ubican. El interés por lo externo se puede trabajar mediante *noticias* con diversas modalidades que se pueden adaptar a cualquier grupo.

Las *asambleas* y los *grupos de opinión* sirven para mejorar la convivencia, solucionar conflictos de forma compartida, reflexionar sobre derechos y deberes. Los *grupos de «Buenos Días»* son una toma de contacto y un espacio donde recoger información. Son útiles para presentar o que se presente un paciente que ha ingresado, que el grupo empiece a conocerle y él haga un primer contacto, para comentar un alta que sirve de motivación para el resto de pacientes, comentar el día anterior y el fin de semana, sobre todo las salidas de los pacientes que orientan sobre como van evolucionando y estimulan a los demás.

Terapias lúdicas

Tienen como objetivo dinamizar, romper con la «dureza» de las situaciones del ingreso, buscar lo espontáneo, verificar valoraciones hechas en otros contextos, influir en la esfera relacional, afectiva y anímica. Se utilizan juegos diversos, baile, el sentido del humor (chistes, anécdotas, comentar algo divertido) que en algunos pacientes indica un signo de mejoría o que algo está cambiando y en otras ocasiones se utiliza para que el paciente acepte ciertas intervenciones.

Entrevista individual

Por último destacar dentro del trabajo del terapeuta la entrevista individual (para recoger datos, preparar al alta, realizar tratamiento) que presenta una serie de dificultades para su inclusión en la labor

asistencial del terapeuta ocupacional por la carga asistencial, las posibilidades de encuadre, la idiosincrasia de cada unidad y que se espera del terapeuta.

Reflexiones sobre la figura del terapeuta ocupacional de una UHB

Algunas características destacables pueden ser:

- Plasticidad y capacidad de reacción ya que, de un día a otro, de un momento a otro, las situaciones pueden cambiar bastante.
- Adaptarse al ritmo y al tiempo en el que debe realizarse el tratamiento pues el paciente va a tener una hospitalización breve.
- Conservar la distancia terapéutica dentro y fuera de la sala pero con naturalidad
- Manejar nuestro «yo» para que no interfiera en el tratamiento.
- Cuidarse del estrés profesional exigiéndonos de forma realista.
- Estar vigentes compatibilizando nuestra respuesta terapéutica con las exigencias asistenciales cambiantes.
- Control de nuestros prejuicios y abiertos a todo: lo imprevisible, lo sorprendente, lo frustrante.

En mi opinión lo más gratificante es que el paciente recuerde, más que a su terapeuta ocupacional, aquello que trabajó con él porque le haya sido y le sea útil incorporando a su funcionamiento propio.

Dirección de contacto

Susana Castillo Velasco
Terapeuta Ocupacional
Departamento de Psiquiatría
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Comunidad Autónoma de Madrid
susanacastillo@wanadoo.es