

Terapia ocupacional en hospital de día

Yolanda Amondaraín Ramos

Noel Bermejo Riera

Hospital de Día Madrid

Resumen

El hospital de día es un dispositivo institucional intermedio de creciente interés en el ámbito de la salud mental. Se examinan las características del abordaje de primeros episodios en hospital de día, las características de los pacientes para los que el dispositivo es apropiado y los canales típicos de acceso al recurso. Se revisa la bibliografía sobre hospitalización parcial, el perfil de pacientes abordables, y su utilidad en términos de eficacia y coste / efectividad con respecto a la hospitalización completa convencional.

Se describe el marco conceptual en el trabajo sobre primeros episodios, se revisa el concepto de rehabilitación psicosocial y el papel y funciones de la Terapia Ocupacional en la atención de pacientes graves.

Se describe el perfil de los pacientes, la metodología de trabajo de Hospital de Día Madrid y el proceso de la Terapia Ocupacional ajustado a las necesidades psicopatológicas y evolutivas.

Palabras clave

Terapia ocupacional, hospital de día, rehabilitación psicosocial, primeros episodios, intervención precoz, psicosis.

Abstract

A day hospital is an intermediate institutional mechanism with an increasing interest within the mental health area. Here we examine how first episodes are dealt with in a day hospital, the adequacy of the mechanism to the patients' characteristics and the usual ways to access the resource. We revise the bibliography on partial hospitalization, the possible patients' profile, and their utility in terms of efficacy and cost / effectiveness with respect to conventional complete hospitalization.

The conceptual frame on the work on first episodes is described and the concept of psychosocial rehabilitation is revised as well as the role and functions of Occupational Therapy regarding the assistance of seriously ill patients.

We describe the patients' profile, the work methodology of *Hospital de Día Madrid* and the Occupational Therapy process adjusted to the psychopathologic and evolutionary needs.

Key words

Occupational therapy, day hospital, psychosocial rehabilitation, first episodes, early intervention, psychosis.

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL O DE DÍA: INDICACIONES Y CARACTERÍSTICAS

DiBella et al. definen así el tratamiento psiquiátrico en hospitalización de día o parcial:

«Hospitalización parcial es un tratamiento psiquiátrico de ocho o más horas a la semana, para un grupo de seis o más pacientes ambulatorios, proporcionado por un equipo de dos o más profesionales y que consiste en terapias interconectadas en un contexto de comunidad terapéutica. Típicamente, un hospital de día acoge a los pacientes entre 20 y 35 horas a la semana, atiende entre 20 y 25 pacientes, con un equipo de entre cinco y siete personas».

«Los programas estimulan la participación regular del paciente en el programa, que se desarrolla como mínimo dos veces por semana, y como mínimo tres horas por día —aunque menos de 24—, y se prolongan por al menos tres semanas (aunque su efectividad es constatable a partir de los 90 días)».

Según el criterio actual de la American Psychiatric Association

«La hospitalización parcial puede ser usada como una alternativa inmediata al tratamiento hospitalario para pacientes psicóticos agudos o para continuar la estabilización tras un breve ingreso hospitalario. Como en todos los casos que procuran alternativas a la hospitalización para pacientes agudamente enfermos, el paciente no debe ser evaluado como en riesgo de causar daño a sí mismo o a otros, debe ser capaz de cooperar mínimamente en el tratamiento, y debe tener un contacto significativo con un cuidador ajeno al hospital de día comprometido con el tratamiento (una residencia de crisis puede jugar el mismo papel) y debería tener

acceso a recursos adecuados de tratamiento comunitario. Estas alternativas, incluyendo la hospitalización parcial, tienen la ventaja de evitar la disrupción de la vida del paciente, el tratamiento se realiza en un ambiente menos restrictivo y reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica».

Aunque existe controversia sobre los indicadores específicos que predicen qué pacientes podrán beneficiarse de tratamiento en HdD, hay estudios que sugieren que el HdD es más adecuado que la hospitalización psiquiátrica convencional en una unidad de agudos para pacientes jóvenes, con historia psiquiátrica corta y con suficiente apoyo familiar y social.

Una revisión reciente de la *American Psychiatry Association*, refiere estudios controlados que muestran que la hospitalización parcial es al menos tan efectiva como el tratamiento en unidad de agudos —y en algunos estudios, más efectivo—, en áreas como reducción de tasa de re-hospitalización, reducción de síntomas, y preservación del funcionamiento social. Esos estudios han sido realizados con grupos heterogéneos de pacientes, incluyendo un porcentaje amplio de ellos con diagnóstico de esquizofrenia.

El *Estudio Cochrane 2001* admite evidencia de que los programas de hospitalización parcial son superiores al tratamiento ambulatorio y centros de día en la mejoría de síntomas psiquiátricos y en la adherencia al tratamiento.

Entre las recomendaciones actuales de al OMS, figura que:

«Los servicios de salud mental deben prestarse antes en la comunidad que en instituciones o hospitales psiquiátricos. La atención comunitaria conduce a mejo-

res resultados terapéuticos y en una mayor calidad de vida para los individuos afectados por trastornos crónicos. El traspaso de pacientes de los hospitales psiquiátricos a sistemas de atención comunitaria es una medida potencialmente costo-eficaz, favorable para los derechos humanos, contraria a la estigmatización de quienes reciben tratamiento y facilitadora del tratamiento precoz».

La actual Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad (LOSCAM) de Madrid de 26 de diciembre de 2001, recoge la hospitalización parcial y la rehabilitación psicosocial como dispositivos y procedimientos de tratamiento psiquiátrico de referencia, estableciendo en sus directrices referentes a la atención en salud mental que se desde el sistema público de salud se que deberán proveer:

«Artículo 16.

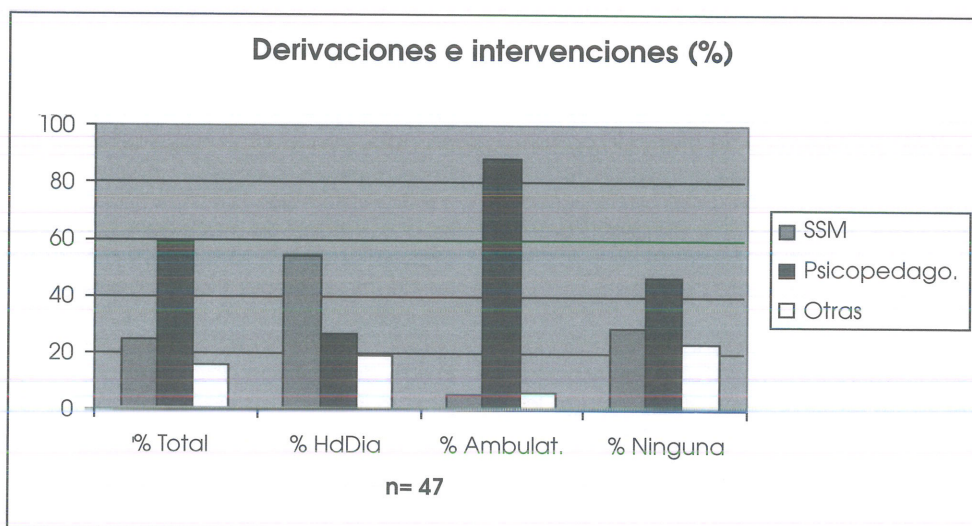
b) «La atención integrada a la salud mental, potenciando los recursos asistenciales en el ámbito ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial, la atención domiciliaria, la rehabilitación psico-social en coordinación con los servicios sociales y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias».

(Aunque, como es lógico, estas directrices obligan tan solo en su ámbito propio de actuación, es interesante destacar que un sistema como el público, tan necesitado de asegurar prescripciones eficientes, incluya entre sus opciones la hospitalización parcial). (Guinea y Múgica 2003)

Perfil de los pacientes atendidos

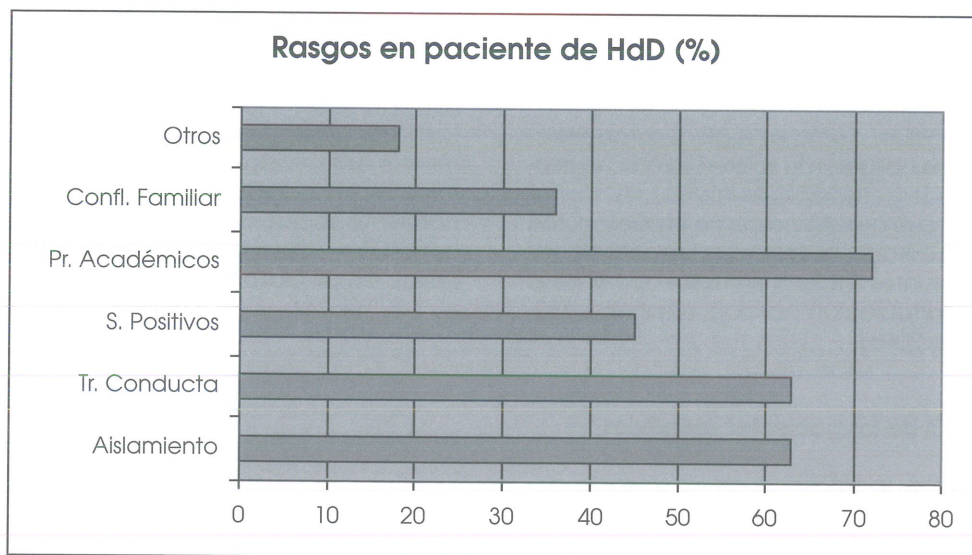
En casi la totalidad de los casos la demanda original es en realidad demanda de evaluación.

Para analizar la procedencia de las demandas de evaluación, se contabilizó durante 6 meses la procedencia de derivaciones para evaluación y tratamiento en HdD, con 47 protocolos útiles de entre 15 y 24 años. (Gráfico «Derivaciones e intervenciones»). Las columnas indican los porcentajes de procedencia total de derivaciones —% totales—, y porcentajes de las procedencias en cada grupo de indicación tras la evaluación: HdD, seguimiento ambulatorio o abstención) El 60% del total de pacientes derivados procedían de los departamentos de orientación de instituciones escolares, aunque constituyeron solo el 24% de indicaciones de HdD y el 90% de indicaciones de seguimiento ambulatorio. La capacidad discriminativa de la existencia de problemas graves es menor que en otros derivadores, lo que es lógico ya que son derivadores que no tienen necesariamente formación clínica. Sin embargo, para los pacientes detectados, la conjunción de detección en el medio escolar y evaluación precoz brindaría buenas perspectivas para reducir el tiempo de evolución prodrómico del cuadro, durante el cual, según hipótesis de la literatura sobre intervención precoz se produciría el principal daño psicosocial que afectará ulteriormente al paciente, aun estando también establecido que, incluso con el mejor cuidado clínico, hasta un 41% de pacientes detectados en esa fase prodrómica —por indicadores: pobre funcionamiento social, depresión o síntomas negativos— desarrolla un episodio psicótico en un plazo medio de 12 meses.



Tras varias entrevistas de evaluación, los pacientes son diagnosticados y se les propone el tipo de intervención más adecuada. La mayor parte de las derivaciones totales para evaluación (60%) procedían de departamentos de orientación de instituciones de enseñanza, aunque de ese grupo procedió menos del 25% de las indicaciones de HdD y la mayor parte (90%) de los que después

recibió indicación de seguimiento ambulatorio por presentar patología leve. El 25% de derivaciones totales procedían de profesionales de la salud mental, pero constituyeron el 53% del grupo que recibió tras la evaluación indicación formal de tratamiento en HdD, lo que es lógico teniendo en cuenta que es personal con formación clínica.



Los rasgos más frecuentes hallados (15) entre los pacientes que recibieron indicación de HdD (Gráfico: Rasgos en pacientes en HdD %) fueron: *problemas académicos (72%), trastornos de conducta (63%), aislamiento social, (63%), síntomas psicóticos positivos (45%) y conflictos familiares (37%)*.

Más del 60% de pacientes derivados ya había consultado antes por problemas psíquicos, aproximadamente un 6% habían sido ingresados previamente en una unidad de hospitalización psiquiátrica convencional, y más del 15% procedían de instituciones especiales —colegios de educación especial, residencias de menores—. El 50% estaba ya en tratamiento psicofarmacológico, y el 21% del total bajo tratamiento neuroléptico. (Guinea y Múgica 2003).

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL DE DÍA Y EN LA REHABILITACIÓN

En 1993 en el artículo **«Proyecto de Unidad de Hospitalización Parcial con programas de agudos y programas de crónicos»**, de la revista «Documentos de Psiquiatría Comunitaria», publicada por el Hospital Psiquiátrico de Madrid, desarrollan cómo el hospital de día se ha ido definiendo como un recurso específico para pacientes agudos. (En la evolución histórica de este recurso vemos como ha pasado por un amplio y rápido desarrollo, al principio se ofertó de manera inespecífica para todo tipo de pacientes, se consideraba la alternativa al manicomio, después se vio que no podía responder a todas las necesidades de las enfermedades psiquiátricas, para pasar a considerarse útil en determinados casos, y se establecieron programas específicos).

«Con el tiempo se ha venido a distinguir entre lo que podría denominarse como Hospital de Día con programas para enfermos agudos y Centros de Día con programas para enfermos crónicos.»

En 1998, se publica **«Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica»** en el capítulo **«Programas de hospitalización parcial»**, se mantiene la estructura propuesta en el año 1993 en el capítulo **«Proyecto de Unidad de Hospitalización Parcial con programas de agudos y programas de crónicos»**, es decir, la división del enfoque terapéutico para pacientes agudos y rehabilitador para pacientes crónicos.

¿Cómo entendemos el proceso de rehabilitación?

Basándonos en nuestra práctica en el Hospital de Día planteamos que se pueden integrar en un mismo programa ambos enfoques.

Entendemos el proceso de rehabilitación como una continuidad de cuidados (Tari.A 2003) integrados, constituido por una serie de estrategias con el objetivo común de la integración del individuo en su entorno de la manera más normalizada, autónoma e independiente posible.

El momento rehabilitador no se pospone al momento en el que han fallado todas las otras alternativas terapéuticas (Tari.A 2003), sino que se desarrolla desde el principio.

Nuestra experiencia en el trabajo diario con primeros episodios en adolescentes, en el Hospital de día Madrid, nos lleva a entender la práctica desde una doble perspectiva:

Terapéutica

- Centrada en preservar el lugar de sujeto del usuario, inventar formas de vínculo, ayudarle a que tome responsabilidades en su tratamiento y su vida.
- Construir un proyecto de recuperación centrado en la motivación y su propia subjetividad.
- En suscitar un deseo de cambio, necesario en cualquier proceso rehabilitador.
- Ayudar a tomar sus propias decisiones. (Durante y Noya 2003)

Rehabilitadora

- Dirigida a mejorar su desempeño ocupacional, maximizar su funcionalidad (Durante y Noya 2003) y a realizar una inserción en recursos normalizados de formación, trabajo u ocio.
- Búsqueda y uso de recursos comunitarios.
- Intervención sobre el contexto, ofreciendo ambientes facilitadores para el desarrollo y estimulantes y normalizados.

La Terapia Ocupacional En La Rehabilitación

Dentro de la propia definición de la T.O. podemos fundamentar el carácter integrador de las dos perspectivas rehabilitadora y terapéutica ya que se dirige hacia la capacitación del individuo para la interacción con su entorno (dirigidas al entorno) y por otro lado se dirigen al individuo y tienen en cuenta sus intereses y su historia («significativa»)

«La terapia ocupacional es el análisis y la aplicación de ocupaciones seleccionadas, de la vida diaria, que tienen

significado y propósito del individuo y le capacita para desarrollar, recuperar, fortalecer o prevenir la pérdida de hábitos, habilidades, tareas, rutinas o roles ocupacionales que ha realizado en el pasado o está aprendiendo a realizar para participar en la medida de lo posible como miembro de su entorno personal, social, cultural y económico.» AOTA (1998).

¿Cuál es la fuente de poder del tratamiento mediante ocupaciones? Según Doris Pierce, 1998, la respuesta reside en las características de las ocupaciones:

- **Atractivo ocupacional.** Grado por el que el paciente percibe la ocupación como deseable o atractiva.
- **Carácter integral de la ocupación.** Grado con el que el paciente percibe la ocupación usada en el tratamiento como un acontecimiento cotidiano. La ocupación se desarrolla en el espacio, tiempo y condiciones socioculturales que rodean la vida del paciente.
- **Ocupación,** se dirige y ajusta a unas metas, adaptándose las ocupaciones terapéuticas, a los objetivos del paciente.

Para que las actividades puedan utilizarse como medio terapéutico deben tener una serie de características:

- Tener un objetivo y estar dirigidas a una meta concreta que proporcione mejoría en el paciente.
- Proporcionar estructura, que permita graduar y modular la relación con otros.
- Ser significativa para el sujeto.
- Debe facilitar la adhesión y participación en el proceso.
- Ser funcional.
- Reflejar los roles del sujeto dentro de su entorno.

- Debe ser adaptable y graduable en contextos, ritmos, tiempos y habilidades.
- Debe estar marcada por una perspectiva evolutiva.
- Debe proporcionar vínculos con el entorno.

La irrupción de la enfermedad coloca al individuo en una posición de desventaja que provoca una reducción de las experiencias necesarias para su desarrollo evolutivo.

Cuando aparece un trastorno mental grave, durante este estadio vital existe la posibilidad de que se produzca una alteración en el proceso de desarrollo y con ello una disfuncionalidad en las relaciones sociales y familiares (McGorry 2004). A menudo se re-generan o se intensifican los problemas secundarios como el desempleo, fracaso escolar, abuso de sustancias o la depresión. Pero también podría producirse un deterioro ocupacional (Beiser et al 1994), dependencia y estigma.

Existe entonces la necesidad de una intervención ajustada a una serie de características específicas como:

- Primeras fases de la enfermedad.
- Momento evolutivo.
- Características personales: intereses, valores, hábitos..
- Recuperación no solo disfunciones, sino trabajar con la implicación y la motivación.
- Entorno personal y familiar.

Una intervención ajusta podría prevenir una serie de circunstancias vitales como fracasos escolares y laborales, imposibilidad o dificultades para acceder al trabajo o a la formación, angustias familiares, consumo de drogas (McGorry, yung & phillips 2001).

Existe la necesidad desde el inicio de la enfermedad de una intervención rehabilitadora, que aborde la incapacidad social y una intervención terapéutica que apunte a la confianza en el tratamiento, es decir al establecimiento de una alianza terapéutica

¿Cómo se desarrolla el programa de actividades en el Hospital de día Madrid?

El objetivo del programa de actividades de terapia ocupacional en el Hospital de Día Madrid es facilitar y apoyar al paciente dándole la posibilidad de integrar, sintetizar y generalizar el desarrollo de roles ocupacionales adecuados, acordes a su edad y al entorno.

Nuestro máximo objetivo es que el paciente retome en las mejores condiciones sus ocupaciones o por el contrario si la enfermedad se ha adelantado evitando que el paciente no halla podido descubrir esas ocupaciones el facilitarle y apoyarle en la adquisición orientándole en su nuevo aprendizaje.

La realización de actividades significativas permite al sujeto evaluar sus propias capacidades y dificultades (autoconocimiento) , así como de la necesaria integración de sentimientos y actos necesarios en la realización de una ocupación. (Tari. A 2003)

Las actividades se desarrollan en grupo, ya que el objetivo fundamental es el establecimiento de vínculos.

Las actividades grupales ofrecen la posibilidad de experimentar un amplio rango de relaciones y permiten aprender y ejercitar las habilidades que se requieren para satisfacer las propias necesidades y las del entorno.

Los grupos centrados en actividades son:

- La oportunidad y el encuentro con personas con las mismas dificultades que permite conocer/se, comunicarse y aprender de las relaciones mutuas y de las experiencias y estrategias de otros.
- Promueve la aparición de vínculos.
- Salir de la vivencia de singularidad, adquirir auto-conocimiento y tomar conciencia de las propias dificultades.
- Pasar por la experiencia de la escucha, la ayuda y la reciprocidad.
- Encontrar intereses, valores, habilidades compartidas.
- Facilita la comunicación y la sensación de seguridad*.
- Subjetivar las experiencias
- Favorecer la cohesión y la aceptación de sí mismos y de los otros*.

La intervención desde T.O. no sólo queda enmarcada en el ámbito de la actividad sino que también intenta promover una curiosidad, un deseo que apunte a la propia actividad, a lo social, a lo que nos trae de satisfactorio nuestra participación en la comunidad.

Proceso De Terapia Ocupacional En La Intervención Temprana

- Evaluación ocupacional. Realizamos una valoración basada en el análisis

de todos aquellos contextos donde se encuentra el paciente, (familiar, institucional, comunitario), y de su interacción e integración en dichos contextos; de su sufrimiento, su subjetividad...

- Establecimiento de la relación terapéutica. Acuerdo Terapéutico.
- Intervención:
 - Adaptación a la situación: reconstrucción psíquica.
 - Establecimiento de objetivos vitales adaptados a su situación. Expectativas ajustadas. Promover nuevas metas personales.
- Intervención Ocupacional :
 - Promoción de hábitos saludables y cuidado de la imagen.
 - Orientación vocacional y formativa, apoyo del funcionamiento académico y laboral.
 - Ocio y tiempo libre.
- Prevención de posibles factores de riesgo como deterioro ocupacional y cognitivo, depresión, consumo de tóxicos.
- Promoción del ajuste a la psicosis. Aceptación de la enfermedad (Guinea y Múgica 2003). Prestar ayuda al paciente en un intento por dar sentido a todos los cambios que están ocurriendo (Drury 2000).

Dirección de contacto

Noel Bermejo Riera. Terapeuta Ocupacional
noelbermejoriera@wanadoo.es

Yolanda Amondarain Ramos. Terapeuta Ocupacional
yolandamondarain@wanadoo.es

Referencias

- AMONDARAIN, Y. BERMEJO, N.(2002). Retomar los orígenes de la terapia ocupacional. *Especial de Psiquiatría en Terapia Ocupacional*. APETO.
- BEISER, M. et al (1993). Establishing the onset of psychotic illness. *American Journal of Psychiatry*, (150), 1349-1354.
- BIRDCHWOOD, M & MCMILLAN, F.(1993). Early intervention in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 27, 374-378.
- DURANTE, P. Y NOYA, B. (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Masson. Barcelona.
- DURANTE, P. Y NOYA, B (2003). La atención a personas con trastorno mental severo en España. *Revista Minusval* 138(enero).
- DRURY, V. (2000) *Cognitive behaviour therapy in early psychosis*. In M. BIRCHWOOD, et al (eds). *Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions* (185-212). Chichester, UK: Wiley.
- EDWARDS, J y MCGORRY P. D (2004). *Intervención precoz en los trastornos psicóticos: una aproximación crítica en la prevención de la morbilidad psicológica*. En PATRICK C.P. y MCGORRY P. D. *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Desclee. Bilbao.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. *¿Por qué psicoterapia de grupo en la esquizofrenia?*. Curso sobre psicoterapia familiar y de grupo en la esquizofrenia. Madrid 28-29 de noviembre de 1997. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.
- GUAZA C. *Enfoque psicoanalítico* (1998) en DURANTE, P. Y NOYA B. *Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Masson. Barcelona.
- GUINEA, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Española*.
- MALLA AK, et al. (2004). *Factores determinantes de la calidad de vida en el primer episodio psicótico*. *Acta Psychiatr Scand* (edición española) 3 (2), 121-129.
- MCGORRY et al, (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
- MÚGICA, M Y GUINEA R (2003). Hospital de día y rehabilitación. *Revista de la AMRP*, 15-16, 43-50.
- PATRICK D, PERRIS, C., MCGORRY et al. (2004) *Intervenciones psicológicas con orientación preventiva en los inicios de la psicosis* *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Desclee. Bilbao.

PIERCE D (1998),. *What is the source or occupation's treatment power?* *Am J occupational therapy* 52: 490-1.

SHEPHERD, G. (1998) Developments in Psychosocial rehabilitation for early psychosis.

International Clinical Psychopharmacology, 13, suppl 1, 53-57.

SHONA M. FRANCEY (2004). The role of day programmes in recovery in early psychoses. In PATRICK, D. MCGORRY, JACKSON, H. J *The Recognition and Management of early Psychosis*..

TARI, A. y cols. Sobre Grupos y Rehabilitación. *Revista de la AMRP*, 15-16, 63-72.

VALLINA F. O. (2003). Los orígenes de la cronicidad: Intervenciones iniciales en psicosis. *Revista de la AMRP*, 15-16, 15-27.

V. V. A. A. (1993) *El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierros en psicopatologías graves*. Psicoterapias Integradas Editores. Argentina.