

Rehabilitación psicosocial

Ana Abad Fernández

CRPS «Vázquez de Mella». Madrid

«Las personas tienen recuerdos que no contarían a cualquiera, sino sólo a sus amigos. Tienen secretos que no revelarían ni tan siquiera a sus amigos, sino sólo a sí mismos y a escondidas. Pero hay otra cosa que temen que contarse incluso a sí mismos... todas las personas guardan alguna de estas cosas en lo más recóndito de la mente»

FIÓDOR DOSTOIEVSKI

Memorias del Subsuelo

de funcionalidad y autonomía para alcanzar la máxima calidad de vida.

Palabras Clave

Atención a personas con enfermedad mental grave y crónica, rehabilitación psicosocial, plan individualizado de rehabilitación, ocupación, actividad propositiva, capacidades, empatía, áreas ocupacionales.

Resumen

Dentro de las diferentes consejerías de la Comunidad de Madrid, se encuentra la Dirección General de Servicios Sociales que a su vez acoge el Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica. Dentro de este mismo Plan se hallan los diferentes recursos asistenciales para la atención a esta población. Uno de ellos son los Centros de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) de los que haremos referencia en cuanto a sus características fundamentales, forma de acceso, evaluación e intervención desde una óptica multidisciplinar y en donde la Terapia Ocupacional, tiene una gran baza. El objetivo final del CRPS, es que la persona consiga el mayor grado

Abstract

Within the different ministries in the *Comunidad de Madrid*, the Social Services General Office embraces the Assistance Plan for People with Serious and Chronic Mental Illness. This plan includes the different assistance resources to assist this group. One of them is the Psychosocial Rehabilitation Centres (from now on, CRPS) to which we will refer regarding their main characteristics, admission process, evaluation and intervention from a multidisciplinary perspective. Here Occupational Therapy plays an important role. The CRPS's final objective is for the person to have the highest functioning degree and autonomy to achieve the best quality of life.

Key words

Assistance to people with serious and chronic mental illness, psychosocial re-

habilitation, individualised rehabilitation plan, occupation, proposing activity, abilities, empathy, occupational áreas.

1. PRESENTACIÓN DEL RECURSO

COMUNIDAD DE MADRID

•

CONSERJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

•

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES

•

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA TÉCNICA Y COORDINACIÓN DE PLANES
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

•

• PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

•

CENTRO DE REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL «VÁZQUEZ DE MELLA»,
MADRID

(BOCM del 9 de Octubre del 97) el cual los define como «un tipo de Centros de Día dirigidos a ayudar a las personas con enfermedad mental crónica a que alcancen el máximo desarrollo de su autonomía personal y social y el mayor grado posible de integración social en la comunidad, así como a sus familias para mejorar sus recursos y hacerles más competentes en el manejo de la convivencia con su familiar afectado de enfermedad mental grave y crónica y en el apoyo a su rehabilitación».

DESCRIPCIÓN DEL CRPS

El Centro de Rehabilitación Psicosocial «Vázquez de Mella de Madrid» es un centro para personas con enfermedad mental integrado dentro de la red de recursos del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, dependiente de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

El Centro está regulado por el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre de 1997

El CRPS tiene una capacidad estimada de noventa usuarios. Atiende a personas con enfermedad mental crónica de los distritos Centro (122.615 habitantes) y Latina (255.741 h) del Área 7.

El CRPS funciona todos los meses del año, de lunes a viernes en horario de 8.30 a 19 horas, con toda la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades y demandas de los usuarios y sus familias.

Este horario es individual para cada persona que acude al Centro, flexible y variable, dependiendo de sus características y de su proceso, modificándose las veces que sea necesario, atendiendo al cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan Individualizado de Rehabilitación.

El marco de referencia con el que se trabaja en el CRPS es el Cognitivo conductual.

Se conoce la fecha de inicio en el proceso de rehabilitación en el CRPS pero no la fecha de salida de este proceso. Esto dependerá del interés de la persona en su recuperación, así como del apoyo familiar y social con el que cuenta.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DERIVACIONES

Desde el año 1999 hasta el año 2004 han sido derivadas al CRPS 237 personas. Hay una mayor proporción de varones atendidos que de mujeres. Los varones atendidos representan un porcentaje del 75 %. En el año 1999 las mujeres representaron un 23,53 % y en el año 2004 el porcentaje era del 25%. Las personas que salieron del CRPS durante el año 2004 han sido por bajas (12 personas), abandonos (7) y altas (6).

Los motivos de las *bajas* han sido principalmente derivaciones a recursos de salud mental específicos del distrito y fallecimiento. Respecto a las *altas* han sido mayor la proporción en mujeres que en hombres.

EDAD

La media de edad se sitúa en los varones de 37,66 años y las mujeres 40,56.

ESTADO CIVIL

El estado civil el mayor porcentaje es de solteros: 107 personas, separados: 6 y casados 3.

TIPO DE CONVIVENCIA

El tipo de convivencia el mayor porcentaje lo presentan aquellos que viven con algún miembro de la familia: padre o madre, seguidos de los que conviven solos, a éstos le siguen los que conviven con ambos progenitores y algún hermano y la menor parte, lo constituyen aquellos que conviven en pensiones concertadas, recursos residenciales del Plan y la menor parte, los que viven en pisos supervisados. Sólo un 1,72 viven con pareja y un 0,86 con hijos.

NIVEL FORMATIVO

El nivel de estudios el 46,55 tiene EGB o bachiller elemental, un 12,93 tiene enseñanza primaria, un 8,62 tiene BUP o bachiller superior, un 6,90 formación profesional y un 3,45 son universitarios medios y superiores.

PROFESIÓN

En cuanto a la profesión el 53,45 se encuentra sin profesión, un 25,86 son trabajadores cualificados, un 18,10 son no cualificados y un 2,58 son estudiantes.

SITUACIÓN LABORAL

Su situación laboral un 48,28 son pensionistas por minusvalía, un 21,55 son por incapacidad laboral absoluta, un 18,97 se encuentra parado sin subsidio, un 6,90 se encuentra trabajando y un 0,86 se

encuentra estudiando, aunque dos de ellos son demandantes de empleo.

INGRESOS ECONÓMICOS

El 87,06 de las personas atendidas presentan ingresos económicos propios y un 12,93 sin ellos. El 59,40 de las personas la cuantía que reciben es de 255 a 270 euros al mes. La mayor parte de los ingresos provienen de las pensiones no contributivas.

DECLARACIÓN DE MINUSVALÍA

El 93,75 % presenta una minusvalía superior al 65%, el 6,25 es menor al 65 % y un 31,03 no tiene certificado de minusvalía.

SITUACIÓN LEGAL

El 90,52 % de las personas son responsables ante la ley, un 6,03 presentan una incapacidad total que recae en la familia y otras en instituciones y solo un 1,72 % presenta una incapacidad parcial.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (Clasificación del DSM – IV)

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos un 87,93 % constituyendo la mayor parte, el tipo paranoide, seguida del tipo residual, desorganizada, indiferenciada, catatónica y sin especificar. Dentro de este grupo le siguen los trastornos delirantes, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico sin especificar y trastorno psicótico por consumo de sustancias.

Seguido del diagnóstico anterior un 5,17 % padecen un **trastorno bipolar**. Después un 6,03 % lo constituyen las personas con **trastorno de la personalidad** en su mayor porcentaje los esquizotípicos, seguidos del límite, evitativo, dependiente y no especificado.

Un 0,86 % padece un **síndrome de asperger**

Un 5,17 % presenta **trastornos asociados como retraso mental leve junto a esquizofrenia** y un 6,90 presenta **patología dual**.

INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

Un 25,00 % no ha padecido ningún ingreso desde su derivación, un solo ingreso un 13,78%, dos ingresos el 13,78 % y un 6,90 tres ingresos psiquiátricos. Solo el 0,86 % ha tenido más de treinta ingresos.

PERFIL TIPO DE TRATAMIENTO EN CRPS

El perfil tipo de personas que acuden a un CRPS lo constituiría un varón con una edad media de 39 años, soltero, viviendo en el domicilio familiar, con estudios equivalentes a BUP, sin profesión, pensionista con ingresos económicos propios procedentes de pensiones, con certificado de minusvalía y responsable ante la ley. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide, con una historia de enfermedad de diecinueve años, con menos de cuatro ingresos hospitalarios y que no ha ingresado en los últimos dos.

(Datos obtenidos de la Memoria del CRPS Vázquez de Mella del año 2004. La memoria relativa al año 2005 se encuentra realizando en este momento)

2. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

El Centro de Rehabilitación Psicosocial cuenta con un equipo profesional que aunque varía de un recurso a otro, suele constituirse en:

- 1 Director
- 2 Psicólogos

- 1 Terapeuta Ocupacional
- 1 Trabajador Social
- 4 Educadores
- 1 Administrativo

Aún siendo el mismo tipo de recurso perteneciente al Plan de Atención como CRPS, no en todos ellos se mantiene el mismo número de profesionales. Estos fluctúan en cuanto al número de psicólogos que pasa de dos a ser tres y el de Educadores que de cuatro van a tres. El resto del equipo, se constituye del mismo modo.

La línea de actuación dentro del equipo en el CRPS Vázquez de Mella, es el de una disposición horizontal y no vertical o jerarquizada. No en todos los CRPS se mantiene este objetivo, por lo que el resultado de ejecución de cada uno de los profesionales, se hace desde un punto de vista jerarquizado. En «Vázquez de Mella», entendemos que la intervención recae en la persona derivada y sus familias, por lo que se parte de un concepto holístico, entendiendo al individuo como un «todo». La actuación se produce, desde todos los enfoques profesionales, lo que proporcionará un mayor enriquecimiento y eficacia. Esto se ve reflejado desde el mismo momento de derivación del paciente al Centro y que no comparten todos los recursos del Plan.

3. DERIVACIÓN DEL CASO. EVALUACIÓN. INTERVENCIÓN. SEGUIMIENTO. COORDINACIÓN

Se constituye del siguiente modo:

CENTRO DE SALUD MENTAL (CSM o SSM)

Reunión cada mes y medio. Equipo del CSM: psiquiatra, enfermero y trabajador

social, junto al equipo del CRPS: director, psicólogo de referencia y trabajador social.

Informe de derivación con la valoración del psiquiatra:

Datos personales, breves datos socio-demográficos, datos familiares, tiempo que lleva en el programa del CSM, diagnóstico con el que lo deriva, sintomatología actual, pronóstico, último ingreso psiquiátrico, fecha, duración y motivo que lo causó. Ingresos hospitalarios previos. Tratamiento farmacológico.

Objetivos planteados en áreas de desempeño ocupacional, enfermedad, habilidades sociales y utilización de recursos.

INTERVENCIÓN DEL CRPS

Una vez derivado el paciente al CRPS, el objetivo principal es la adherencia al tratamiento rehabilitador. La intervención se modificará, en función de si la persona acepta venir voluntariamente al Centro o por el contrario se muestra reacio a la intervención. Esto se verá reflejado principalmente en la metodología a emplear.

PERSONA DERIVADA QUE «ACEPTA» ACUDIR AL CRPS

PRIMER CONTACTO. SE CITA EN EL CRPS AL USUARIO Y FAMILIA

ACOGIDA

Se solicita la asistencia de ambos progenitores, si estos no pueden o no quieren, se intenta la presencia de algún miembro de la familia.

En caso de tutela institucional acude el usuario con la persona responsable. Si no hay contexto familiar de algún tipo, acude el usuario solo.

Más del 10% de las personas derivadas no tienen familia y en otras ocasiones verbalizan su deseo de no participar en el proceso rehabilitador.

Son atendidos por el psicólogo de referencia y el trabajador social.

Se les explica en que consiste el recurso ajustando la información si la tienen, el funcionamiento del mismo, el proceso a seguir, se les muestra el Centro y se presenta al equipo disponible.

INICIO DE EVALUACIÓN

SEGUNDA CITA CON LA PERSONA DERIVADA. PSICÓLOGO Y TERAPEUTA OCUPACIONAL

Se pretende realizar la evaluación de modo paralelo entre ambos profesionales, cada uno en sus respectivas áreas.

SEGUNDA CITA CON LA FAMILIA. TRABAJADOR SOCIAL. Evaluación resumida de las áreas clínicas del psicólogo y las del T.O.

EVALUACIÓN

Terapeuta Ocupacional. 3-4 sesiones. Áreas de desempeño ocupacional.

Psicólogo 4-5 sesiones. Áreas de carácter clínico tanto de enfermedad como de cuestiones psicológicas.

Trabajador Social. 2-3 sesiones. Resumen de ambas evaluaciones.

EN PARALELO A LA EVALUACIÓN

Después de la evaluación del T.O. sobre sus intereses en cuanto a las Actividades lúdicas y de ocio, al usuario se le propone su participación en alguna de las que conecten con los mismos y sus preferencias. Se inicia de este modo el «enganche» al recurso. Paralelamente se completa la información de la evaluación, desde contextos diferentes por parte de los educadores, para posteriormente volcarlo en las áreas de funcionamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO. JUNTA DE EVALUACIÓN

ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN. (PIR)

Una vez exploradas con el usuario todas las áreas que competen a la persona vistas por el psicólogo y el terapeuta ocupacional, se une la aportada por la familia y la facilitada por los educadores desde los contextos grupales. Así, se elaboran los objetivos de intervención por áreas de funcionamiento, teniendo en cuenta las demandas y preferencias que establecen el usuario y la familia.

Los objetivos que se plantean deben ser concretos, concisos y secuenciados sobre lo que se pretende recuperar en la persona y la forma en que se llevará a cabo, así como el profesional o profesionales que lo van a llevar a cabo.

Se proponen objetivos a corto para un cumplimiento más cercano. En un corto tiempo, se van repasando los objetivos de trabajo, para la posible inclusión de otros nuevos, dada la interferencia de variables que a fecha de evaluación, no existían.

INTERVENCIÓN

Se pretende llevar a cabo la intervención en las áreas detectadas como problemáticas, desde los diferentes contextos, ya sean grupales o de carácter individual.

En el CRPS se da la figura del tutor, responsable directo de la persona derivada y quién llevaría a cabo un seguimiento más exhaustivo sobre su proceso rehabilitador, necesidades y demandas de la persona y la familia.

En una primera fase es el psicólogo la persona que lleva a cabo esta tarea, pero con posterioridad y en función de la carga terapéutica, el «enganche» al proceso, razones clínicas según el tipo de intervención, etc..., se propone que sea otro miembro del equipo quién se ocupe de esta labor.

En función de lo planteado en el PIR, el usuario comienza a participar de los grupos terapéuticos, citas individuales con el psicólogo, citas individuales con la T.O, así como con las familias.

Las atenciones individuales son todas aquellas intervenciones que realiza cualquier profesional no-tutor con un usuario en concreto o su familia. Estas intervenciones pueden ser pautadas y demandadas por el tutor y realizadas por el profesional especialista en esa área de intervención o pueden ser espontáneas y realizadas en momentos concretos de crisis o como sesiones de apoyo sin la demanda de nadie en concreto, sino por la observación de una necesidad por parte de cualquier miembro del equipo.

Uno de los objetivos del CRPS es la del apoyo no sólo a la persona derivada sino a la familia, por lo que se les proporciona apoyo terapéutico de cara al

conocimiento de la enfermedad y mejora de la convivencia por problemas derivados del desconocimiento sobre lo que les sucede a su hijo, tanto desde contextos grupales específicos para ellos como los grupos de psicoeducación para familias o también llamados Escuelas de Familias, sino también de coordinación telefónica continua.

Con las familias no sólo se da un abordaje en cuanto al conocimiento de la enfermedad y estrategias para mejorar la convivencia, sino que también se les indica los recursos que el Estado pone a su disposición y el terapeuta ocupacional fomenta y elimina ideas erróneas en cuanto a la Autonomía personal de la persona derivada.

La intervención se realizará no sólo en el CRPS, sino en el medio que sea necesario para que el objetivo se lleve a cabo.

VISITAS A DOMICILIO O RECURSO DONDE RESIDE

El objetivo fundamental de las mismas, es la de conocer el medio donde reside la persona derivada con la intención de mejorar las condiciones de vida. En este caso se pretende no solo poder mejorar con la posibilidad de una ayuda social, sino también la estructura de tareas de cuidado personal y la de su entorno.

Las visitas las llevan a cabo el trabajador social junto a la terapeuta ocupacional en aquellos momentos en que el usuario y la familia lo permitan. Se pretenden que sean durante la evaluación pero si no se produce un consentimiento familiar o de la persona derivada, se pospone al momento oportuno.

Aunque se lleve a cabo la visita al inicio de la evaluación, durante el proce-

so de intervención se repiten las visitas que sean necesarias para conseguir los objetivos propuestos si así fuera el caso.

En el caso de que la persona derivada residiera en una pensión concertada del Plan, se llevaría igualmente el proceso junto a la coordinación con los responsables de la supervisión de las pensiones que suelen ser profesionales de las miniresidencias.

INTERVENCIÓN EN CONTEXTO GRUPAL. TIPOS

Del PIR de la persona derivada, se comienza a proponer su participación en los diferentes grupos en función de las necesidades detectadas. Estas serán secuenciadas y programadas aunque la intervención sea muy necesaria en prácticamente todas las áreas.

Los grupos que se establecen en el CRPS surgen en función de las necesidades y demandas de los usuarios. Se pretende proporcionar contextos apropiados de entrenamiento, metodología adecuada a los objetivos y actividades con mayor significación e impacto en la vida de estas personas. Los grupos no son los «clásicos» de un CRPS, sino los derivados de las necesidades. Por tanto son vivos, fluctúan en función de lo referido.

Los programas que se llevan a cabo son los siguientes:

Actividades lúdicas, culturales y deportivas específicas para los meses de verano y el período de Navidad.

Ocio

Actualidad

Periódico

Animación a la Lectura

Club de Lectura

Teatro

Nivelación cultural

Estimulación cognitiva

Mujeres

Naturaleza

Autoestima

Autocontrol de la ansiedad

Psicoeducación

Video forum

Cocina

Tareas Domésticas

Educación para la salud

Actividades deportivas

Natación

Gimnasia

Psicomotricidad

Movilidad

Manualidades

Sociedad

Psicoeducación para familias

Dentro de las personas derivadas al CRPS y dada la escasez de recursos más específicos, nos encontramos con un volumen de usuarios con perfil de Centro de Día. Es decir, personas que necesitan actividades y tareas que le estructuren una nueva rutina, fomentando de este modo el mantenimiento de capacidades y la contención de un mayor deterioro en todas las áreas de funcionamiento.

Desde el CRPS se contempla estas variables, con el fin de dotar del proceso rehabilitador a la persona derivada aunque no sea el recurso específico.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Paralelamente a la incorporación del usuario a los programas terapéuticos, la

persona derivada comienza la intervención con aquellos profesionales responsables de áreas detectadas como problemáticas que presenta la persona. Esto recae en todos los profesionales del equipo, aunque la mayor parte de la intervención sea del psicólogo y el TO. El trabajador social tiene un mayor papel sobre la familia y los educadores desde los contextos grupales, lo que no quiere decirse que este proceso fluctúa y cambia en función de la necesidad detectada.

FASE DE SEGUIMIENTO EN EL CRPS

Se trata de aquellos usuarios que ya han superado su proceso de rehabilitación en el CRPS y que se encuentran participando de otros recursos. Se supervisa el cumplimiento de todas las áreas de funcionamiento psicosocial y de estabilidad psicopatológica, hasta el momento del Alta.

ALTAS DEL CRPS

Se entienden por Altas en su proceso de rehabilitación en aquellas personas que han cumplido con los objetivos propuestos y que disponen de una calidad de vida notable. Además se engloban en este grupo a aquellas personas que son derivadas a otro recurso específico como por ejemplo el Centro de Rehabilitación Laboral. Se da el caso de personas derivadas al CRPS que completan aquí su proceso y continúan sus objetivos formativo-laborales específicos de intervención, desde un CRL.

No todos los usuarios que pasan a un CRL tienen que necesariamente haber pasado por el CRPS. Son recursos independientes.

Al hablar de Altas o Bajas en el CRPS no hace referencia también al CSM, sino que su proceso rehabilitador ha finalizado, pero no así el seguimiento por parte del Psiquiatra que deberá continuar permanentemente. Se da la circunstancia en pacientes, que aún habiendo finalizado el proceso rehabilitador de una manera óptima, tras un tiempo, vuelven a necesitar el tratamiento desde un CRPS y por tanto volverían a ser derivados al recurso.

BAJAS DEL CRPS

Se entiende por Bajas, aquellos usuarios que no han llevado a cabo su proceso de rehabilitación por diferentes motivos. No aceptan la implicación necesaria y se niegan a acudir. Además se engloban en este grupo aquellos que se cambian de domicilio y por tanto el distrito no corresponde o bien que el motivo sea el fallecimiento.

PERSONA DERIVADA QUE «NO ACEPTA» ACUDIR AL CRPS

Como se ha hecho referencia con anterioridad, el objetivo fundamental tanto del CRPS como del CSM, es que la persona sea permeable al proceso rehabilitador con el fin de mejorar su calidad de vida. Sin embargo en ocasiones, esto se complica por varios motivos tales como el desconocimiento del recurso, dificultades sociales en el momento de derivación, el tiempo pasado desde que se plantea el caso hasta su derivación, etc...

Si el usuario muestra resistencia en acudir al Centro, se inicia un proceso igualmente complicado. Se intenta despertar el interés de la persona de la manera en que sea posible, respetando sus tiem-

pos y ritmos. Con este fin, el equipo del CRPS, se adecua a las demandas que realiza la persona. Estas pueden ir desde acercamientos progresivos al entorno o al medio donde reside la persona, planteamiento de actividades que conectan con alguno de sus intereses, conocimiento del profesional con visitas regulares a su domicilio, etc...

En la mayor parte de las ocasiones, esto llega a tener éxito y provocar un «enganche» al CRPS lo que permite iniciar su proceso de otro modo, en otras ocasiones los resultados no son los esperados.

La permeabilidad y el «enganche» al CRPS, se trabajan del modo en que sea posible, sólo en los casos en donde se agoten todas las posibilidades, se da por concluida la intervención hasta otro momento más permeable.

USO DE RECURSOS CON LOS QUE SE ESTABLECE COORDINACIÓN

No sólo la labor de coordinación se realiza con el CSM con el enfermero y psiquiatra para el seguimiento del caso y las necesidades que van surgiendo, sino que esta coordinación se mantiene, con cualquier recurso de ámbito estatal o privado, que pueda proporcionar la infraestructura necesaria para trabajar los objetivos propuestos a las personas derivadas. Este trabajo recae en cualquiera de los miembros del equipo, utilizando contactos telefónicos o de correo con la finalidad de que conozcan el recurso.

Solamente en aquellas ocasiones en las que la intervención vaya a ser dirigida a un grupo por el descuento que se pueda aplicar, se especifica en que consiste el perfil de las personas que acuden,

si éste es solicitado. En el caso de que sea de manera individual, se omite el tipo de patología con la que se interviene.

Los recursos con los que se contacta son variados dependiendo del objetivo a cumplir, tratándose de instituciones, ministerios, fundaciones, polideportivos, gimnasios, centros culturales, centros de interpretación de la naturaleza, asociaciones, consejerías, ayuntamientos, etc.... Se encuadran en recursos de apoyo social, cultural, formativo, deportivo, de formación para el empleo y de integración laboral.

Además de lo referido, se mantienen de un modo constante coordinaciones con cualquiera de los recursos que pertenecen al PASPEMCG (Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica y Grave) de la CAM.

OTRAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL CRPS

Estas tienen que ver con la formación y el reciclaje de los miembros que componen el equipo, la formación de otros profesionales como médicos residentes, psicólogos en programa PIR, rotación de otros profesionales del Plan, visitas de otros profesionales, etc.

TERAPIA OCUPACIONAL

«**TERAPIA OCUPACIONAL** es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida»

AOTA (American Occupational Therapy Association)

«La **OCUPACIÓN** es lo más vital en la vida». **Harold Bell Wright (1915)**

«La **OCUPACIÓN** se refiere al grupo de actividades y de tareas de cada día, las cuales son determinadas y organizadas. El valor y el significado que adquieren viene dado por el individuo y su cultura».

CAOT (Asociación Canadiense TO)

Si partimos de ambas definiciones que relacionan la utilización terapéutica de todas aquellas actividades de la vida diaria y la ocupación como ejes fundamentales de la mejora en la calidad de vida, prácticamente podríamos resumir de este modo el papel del Terapeuta Ocupacional en un CRPS.

PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO MIEMBRO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL CRPS

Una vez derivado el paciente a un recurso como el CRPS, se inicia un proceso ambicioso con la pretensión de recuperar la función en todas aquellas áreas y parcelas que componen el ser humano. Se componen de todas aquellas relacionadas a la enfermedad y a las características de la persona que definen su personalidad y que se pueden ver mermadas con la aparición de la enfermedad, de la manera en como se relaciona el paciente con los otros y con el medio que le rodea.

Además de estas facetas, se abre ante nosotros todo un mundo, el del quehacer cotidiano. Es decir, el del desempeño ocupacional. De cómo el paciente a raíz de la enfermedad, intenta desa-

rollar habilidades para poder ejecutar áreas de desempeño ocupacional desde las más básicas a las más complejas. Del análisis de cómo era este desempeño con anterioridad y en fases previas premórbidas y sobre todo, de conocer cuál es el grado de expectativa que se plantea la persona para su recuperación.

No podemos graduar la importancia que se puede dar a alguna de las áreas de intervención, ya sea de carácter clínico, social....dado que el individuo es entendido como un todo. Pero de lo que no cabe duda, es que en la medida en que la persona sea capaz de recuperar cierto control en su vida, originará sentimientos de competencia y desarrollo personal perdidos con el curso de la enfermedad. Y este control lo hace entre otras, el desarrollo de todas las actividades de la vida diaria. Si la persona nos es capaz de desarrollar y recuperar capacidades para cubrir áreas básicas como las de aseo, alimentación, sueño...difícilmente se llevarán a cabo satisfactoriamente, otras áreas más complejas como habilidades sociales, conciencia de enfermedad, integración socio comunitaria, etc.

Las Actividades de la Vida Diaria son todas aquellas actividades que llevamos a cabo de manera diaria en todas las áreas de ejecución ocupacional, destacando aquellas que tienen que ver con el cuidado personal como Actividades Básicas de la Vida Diaria y aquellas otras propositivas que proporcionan desarrollo o crecimiento personal y contribuyen al desarrollo social, entre las que se incluyen el manejo del hogar y las áreas de ocio y juego, definidas como Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. El resultado del desempeño en las áreas más básicas revierte en el propio individuo. El resultado del desempeño en las más com-

plejas, revierten no sólo en la persona sino en los demás.

Para poder desempeñar las actividades de la vida diaria, se hace necesaria la mayor funcionalidad en cuanto a los componentes de ejecución englobados en los componentes sensomotores, habilidades de integración cognitiva y componentes cognitivos, así como de habilidades psicosociales y componentes psicológicos. Es decir habilidades necesarias para el desarrollo de cualquier actividad, divididas en las diferentes capacidades motoras, cognitivas y de relación.

Pero además de evaluar los componentes de ejecución, se tienen que valorar los contextos de ejecución, ya que en muchos casos si esto no se modifica no se llegan a producir cambios en el desempeño.

Por tanto para la adecuada función en el desempeño ocupacional de todas las AVD, hay que tener en cuenta los componentes de ejecución, que en el caso de la EMC suelen estar más dañados por la enfermedad. Si adaptamos y modificamos los contextos de ejecución, pueden paliar y lograr mejor resultado aún a expensas de que los componentes de ejecución estén dañados.

EL T.O. CAPACIDADES INTRÍNSECAS NO TÉCNICAS

Se dan en el T.O., cuestiones intrínsecas previas a cualquier cuestión técnica y que van a condicionar en gran medida, la intervención con el paciente.

Estas tienen relación con elementos como la imparcialidad y en donde se debe anticipar las características propias del paciente y la familia a las del

profesional aunque éste no se muestre de acuerdo. El respeto por los tiempos que marca la persona y las prioridades que ésta establece, aunque el profesional disienta. Esto no se debe confundir con el rigor profesional.

Pero además se hace necesaria la Empatía, del vocablo griego EMPATHEIA «sentir dentro» o percibir la experiencia subjetiva de la persona. «La empatía tiene que ver con la capacidad o el arte de “meterse” en la piel del otro, de penetrar en la mirada del que padece y contemplar el mundo desde una historia y unos ojos diferentes».

Precisamente la capacidad de Empatía proporciona ayuda objetiva. El terapeuta ocupacional como el resto del equipo, necesitan de esa capacidad para con claridad, establecer un proceso adecuado de rehabilitación para la persona y su familia.

Una de las responsabilidades del TO como del resto del equipo es la de recuperar la motivación, definida como un «ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés». Algo tan sencillo y complejo a la vez. Motivar para ejecutar, para normalizar.

EL T.O. CUESTIONES TÉCNICAS

Las tareas del TO en un CPRS son varias, fluctuando en función del proceso por el que esté pasando el paciente desde su derivación al Centro.

FUNDAMENTACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA T.O.

A pesar de que el marco de intervención en el CRPS se basa en una orien-

tación Cognitiva conductual, la intervención en Terapia Ocupacional, se sitúa bajo la influencia de varios modelos específicos de intervención.

Estos pertenecen al **Modelo de Ocupación Humana (Moho) de Gary Kielhofner**. La utilización de un marco de referencia, determinará el procedimiento de evaluación, el proceso de intervención y tratamiento.

Toma al individuo como un sistema abierto en continua interacción con el entorno y su capacidad de cambio por esta interacción. Se basa en la capacidad de las personas, en cambiar su capacidad funcional por su desempeño en ocupaciones adecuadas. Dentro de este sistema abierto tendremos en cuenta los tres subsistemas que lo componen y que igualmente interactúan entre sí. Hablamos de la voluntad el que decide la participación en ocupaciones basadas en sentimientos de autoeficacia, en valores e intereses; la habituación el que organiza la conducta en pautas comprendidas en los roles y hábitos y la actuación el que produce la acción con las capacidades perceptivo motoras, de proceso y de comunicación e interacción.

Además de todos estos componentes, tendremos en cuenta el entorno ya que determinará el desempeño ocupacional.

Según el modelo, se parte de la base de que todas las personas tienen una *naturaleza ocupacional* es decir, que todas las personas tienen una necesidad que les lleva a involucrarse en una ocupación. Esto nos lleva a una *conducta ocupacional*. Se debe dar un equilibrio ocupacional entre el auto cuidado, el trabajo y actividades de ocio, para que hablemos de un estado de bienestar completo.

Las personas con algún tipo de trastorno o limitación funcional, hace que se vea alterada su conducta ocupacional y por tanto el resto de subsistemas, creando una disfunción ocupacional.

Modelo de Adaptación a través de la Ocupación de Reed. Entendiendo a la persona como un sistema abierto y que la participación de ésta en ocupaciones y las modificaciones del entorno, son los ejes del cambio en la conducta.

Modelo de Habilidades Adaptativas de Mosey. Apoyado en la idea del sistema abierto y en donde la actividad es la base del cambio, teniendo en cuenta los componentes del desempeño ocupacional.

Partiendo de estos modelos, la práctica de la terapia ocupacional en el CRPS, sigue un eje central entre **PERSO-NA-OCUPACIÓN-ENTORNO**. Esto determinará todo el proceso en terapia.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

TERMINOLOGÍA UNIFORME SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

FUENTE «Uniform Terminology». Third Edition. AOTA, 1994.

Williard&Spackman «Occupational Therapy» 9.^a edición, 1997

Textos traducidos y revisados por las profesoras del departamento de TO de la Escuela Universitaria de Cruz Roja, Terrasa, Barcelona

Se centra en las áreas ocupacionales, los componentes de ejecución y el contexto de ejecución, donde recaerá la evaluación y la intervención.

El TO, **evalúa** desde el momento de derivación de la persona al recurso, las capacidades y habilidades que presenta el paciente para llevar a cabo el desarrollo de las áreas ocupacionales englobadas en automantenimiento, trabajo y actividades productivas y lúdicas y de ocio.

Esta evaluación trata de recoger la información relativa al desempeño de las tareas durante su vida, al inicio de la enfermedad, durante la misma y sus expectativas de futuro. Es una evaluación sobre los intereses de la persona derivada, de sus sentimientos de autoeficacia, de sus valores, roles y hábitos de las habilidades con las que cuenta. Qué grado de motivación cuenta y el grado de importancia que le otorga.

Con la evaluación se hace necesario un análisis de la tarea, la identificación del problema, para luego poder planificar los objetivos de tratamiento.

La evaluación es un inicio en el proceso de rehabilitación. El terapeuta ocupacional obtiene una idea sobre donde comenzar a intervenir sin embargo, durante todo el proceso de intervención se sigue evaluando, ya que se dan situaciones que son influenciadas por variables, que no estaban en el momento de la evaluación inicial. Tomamos la idea de que el ser humano es dinámico y no estático. Es importante el modo en como realicemos la evaluación. De esto dependerá en muchos casos la información aportada por la persona. Se debe crear un clima empático y de confianza, ya que lo habitual es que la persona acuda con sentimientos de miedo y rechazo la mayor parte de las veces.

La evaluación se recoge en todos los medios que sean necesarios para conocer específicamente el desarrollo que

presenta la persona en actividades de la vida diaria. Por tanto se harán en el contexto del CRPS, medio, domicilio, recursos, coordinaciones, etc.

Toda la información facilitada por la persona, se contrasta con la facilitada por la familia. En muchas ocasiones nada tiene que ver una con la otra.

Una vez evaluadas y propuestas en el PIR en donde se reflejan las necesidades detectadas, se **interviene** planificando los objetivos de intervención de un modo específico, concreto, conciso, secuenciado y priorizado.

La intervención se establece no sólo desde un contexto individual sino grupal, en el medio, en coordinación con recurso, etc...todo aquello que se haga necesario para la consecución del objetivo.

1. ÁREAS OCUPACIONALES

A. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. (AUTOMANTENIMIENTO). El resultado de la actividad revierte en uno mismo.

1. **Higiene Personal.** Afeitado, maquillaje, depilación, limpieza del cabello, cuidado de las uñas, cuidado de la piel, aplicación de desodorante y colonia.
2. **Higiene Oral.** Obtener y usar provisiones. Limpiar los dientes y la boca, uso adecuado de dentadura postiza.
3. **Baño/Ducha.** Obtener y usar provisiones, enjabonar, enjuagar y secar todas las partes corporales, unidades conductuales, posición para el baño y traslado.

4. **Higiene en el wc.** Obtener y usar provisiones, arreglarse la ropa, pasar a la posición para orinar y defecar, mantenimiento de la posición, limpiarse, higiene menstrual y continencia (se incluye uso de catéteres, colostomias y supositorios)
 5. **Cuidado de los objetos/dispositivos personales.** Cuidar y limpiar utensilios personales, audífonos, lentes, ortesis, equipo adaptados, dispositivos contra-ceptivos y sexuales.
 6. **Vestido.** Selección de ropa y accesorios para la hora del día, tiempo y ocasión. Obtener ropa del lugar del almacenamiento. Vestirse de manera secuenciada, abrocharse y arreglarse la ropa y el calzado. Hacer el proceso inverso. Ponerse y quitarse equipamiento de ayuda o adaptativo, prótesis y ortesis.
 7. **Alimentación.** Servir la comida, uso de utensilios y vajilla adecuada, llevarse la bebida y comida a la boca, lavarse las manos y cara, masticar, toser y tragar, manejo de métodos alternativos de alimentación.
 8. **Medicación.** Obtener la medicación, abrir y cerrar los envases, tomar las cantidades prescritas.
 9. **Mantenimiento de la salud.** Desarrollo y mantenimiento de rutinas que favorezcan un estado de bienestar y disminuyan los comportamientos que ponen en peligro la salud.
 10. **Hábitos de sueño.** Hábitos saludables para el sueño. Horarios y pautas adecuadas.
 11. **Socialización.** Interactuar de manera apropiada contextual y culturalmente.
 12. **Comunicación funcional.** Usar sistemas para enviar y recibir información, incluso dispositivos para sordos.
 13. **Movilidad funcional.** Trasladarse de posición de un lugar a otro, movilidad en la cama, en la silla, transferencias, transportar objetos.
 14. **Movilidad en la comunidad.** Moverse en la comunidad, uso de transportes públicos y privados.
 15. **Respuestas a situaciones urgentes.** Reconocerlas e iniciar acciones adecuadas.
 16. **Expresiones Sexuales.** Tomar parte en actividades sexuales deseadas.
- B) TRABAJO Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS.** Actividades con propósito, el autodesarrollo, contribución social y sustento.
1. **Manejo del hogar.** Obtener y mantener las posesiones, personales y de la familia y el entorno.
 - a) Cuidado de la ropa. Obtener y usar provisiones. Seleccionar, lavar, doblar, planchar, guardar y arreglar.
 - b) Limpieza. Obtener y usar provisiones. Recoger, barrer,

fregar, limpiar el polvo, hacer las camas, limpiar cristales, sacar la basura.

c) Preparación de la comida. Planificar los menús equilibrados. Preparar y servir la comida, abrir y cerrar los envases, armarios, cajones, utensilios de cocina y electrodomésticos, limpiar y guardar comida.

d) Hacer las compras. Hacer listados de compras de todo tipo. Selección de artículos. Elegir la forma de pago y llevarlo a cabo.

e) Manejo del dinero. Hacer presupuestos, pagar cuentas y uso de sistemas bancarios.

f) Mantenimiento de la casa. Cuidar la casa, jardín, patio.

g) Control de riesgos. Conocer y realizar procedimientos de prevención y emergencia.

2. **Cuidado de los otros.** Cuidar a hijos, cónyuge, padres u otros.

3. **Actividades educativas.** Participar en un entorno de aprendizaje a través de la escuela, la comunidad, formación continuada.

4. **Actividades vocacionales.** Participación de actividades relacionadas con el trabajo.

a) Exploración vocacional.

b) Adquisición de empleo

c) Ejecución del empleo

d) Planificación de la jubilación

e) Participación en voluntariado

C ACTIVIDADES LÚDICAS Y DE OCIO.

Realizar actividades intrínsecamente motivadoras como entretenimiento, relajación, diversión espontánea o expresión personal.

1. **Exploración de juego/ocio.** Identificar intereses, destrezas, oportunidades y actividades apropiadas.

2. **Desempeño de juego/ocio.** Planificar y participar en actividades lúdicas. Mantener un equilibrio entre las actividades lúdicas, de trabajo y productivas y automantenimiento.

2. COMPONENTES DE EJECUCIÓN

A Componente Sensomotor. La habilidad para recibir estímulo, procesar información y producir una respuesta.

1. Integración sensorial

2. Proceso perceptual

3. Neuromuscular

4. Motor

B Integración Cognitiva y componentes cognitivos. La habilidad para usar las funciones superiores.

Nivel de alerta, orientación, reconocimiento, tiempo de atención, iniciación de la actividad, terminación de la actividad.

vidad, memoria, secuenciación, categorización, formación de conceptos, operaciones intelectuales en el espacio, resolución de problemas, aprendizaje y generalización.

C Habilidades psicosociales y componentes psicológicos. Habilidad para interactuar en la sociedad y procesar emociones.

3. Psicológicos: Valores, intereses y concepto de si mismo
4. Sociales: Ejecución del rol, conducta social, habilidades interpersonales y expresión personal.
5. Manejo de si mismo: Habilidades de afrontamiento, manejo del tiempo, autocontrol

3. CONTEXTOS DE EJECUCIÓN

La valoración de la función en las áreas ocupacionales está influenciada en gran medida por los contextos en que la persona debe realizarlas.

A Aspectos temporales.

- a. Edad cronológica
- b. Edad de desarrollo
- c. Ciclo de la vida
- d. Gravedad de la discapacidad

B. Entorno.

- a. Físico
- b. Social
- c. Cultural

EVALUACIÓN

En la evaluación se recoge toda la ejecución de las áreas ocupacionales teniendo en cuenta los componentes de ejecución y los contextos de ejecución. Además de la rutina que presenta el paciente, la pasada y su expectativa de cambio futuro.

Existen muchas escalas de valoración estandarizadas para poder determinar el desempeño en actividades de la vida diaria, aunque si bien el terapeuta ocupacional puede utilizar las estandarizadas, también puede realizar un modelo adaptado a las circunstancias de sus pacientes y el recurso. El terapeuta ocupacional debe ser el responsable de recoger esta información y no otro profesional, ya que esta circunstancia influirá en la labor terapéutica no ya en la intervención sino en el papel que juega el terapeuta ocupacional dentro del equipo de rehabilitación.

EJEMPLOS DE ESCALAS DE VALORACIÓN ESTANDARIZADAS

Actividades básicas de la vida diaria o automantenimiento

Índice de Barthel

Escala de Iverson

Índice de Katz

Medida de Independencia Funcional

Escalas adaptadas del Moho de G. Kielhofner

Actividades instrumentales y/o productivas de la vida diaria.

Evaluación de destrezas y procesos motores. AMPS

Evaluación de destrezas y recursos en la vida cotidiana. ALSAR

Actividades avanzadas de la vida diaria y/o de juego y ocio

Listado de intereses de Ocupaciones de Ocio. LO II

Listado de intereses de Rogers

Listado de pruebas globales de la ejecución ocupacional

Entrevista Histórica de la Ejecución Ocupacional. OPHI I Y OPHI II

Evaluación del Funcionamiento Ocupacional

Cuestionario Ocupacional

Cuestionario sobre valores, intereses, roles, hábitos...OCAIRS

Índice de actividades IA y Escala de Actividades Significativas EAS

Auto evaluación Ocupacional OSA

Cuestionario de Satisfacción Ocupacional

Evaluación de componentes psicossociales

Rutina, roles, valores, metas. OPHI. Kielhofner.

Registro de intereses Oakley

Registro de roles. Oakley

Se trata de concienciar a la persona que para conseguir la realización de objetivos complejos, primero han de estar cubiertos aquellos más básicos.

Una vez detectado el problema, la intervención ha de ser consensuada por el paciente y pactada con la familia si es posible, para afianzar los mismos objetivos y conseguir la generalización a su vida diaria.

Para la instauración de la conducta se utilizan técnicas de modificación de conducta despertando la motivación necesaria para que se lleve a cabo, instrucciones verbales, modelado y moldeamiento, imitación con feed-back, ensayo de conducta, reforzamiento social, utilización de reforzadores, generalización, etc. Se utiliza en cualquier contexto y en contextos grupales o individuales y con el apoyo familiar si lo hubiera, para conseguir el mismo fin. Lo más importante es la secuenciación y priorización de los objetivos en consenso con el paciente.

En contextos grupales como actividades deportivas, se trabaja el desarrollo de las A.V.Ds en coordinación con los educadores del equipo de CRPS.

En todo momento con el paciente se van repasando los objetivos aquellos ya alcanzados y preparando otros.

IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA DE LA T.O. EN LA ENFERMEDAD MENTAL

La enfermedad mental crónica cursa con un deterioro de la persona en todas las áreas y facetas que componen el ser humano. Este deterioro se verá más o menos agravado por la influencia de muchos factores. Estos factores a su vez, influirán en el desarrollo de las ac-

METODOLOGÍA

El objetivo fundamental de la evaluación y la intervención, es lograr la motivación para conseguir el aprendizaje.

tividades de la vida diaria y en muchos casos, llegarán a anular el desarrollo.

Además de los factores propios de la enfermedad en cuanto a los síntomas positivos, negativos y el tiempo de evolución de la enfermedad, se le suman otros que tienen que ver con la pérdida de hábitos, la aparición de nuevos hábitos (como puede ser el consumo exacerbado de tabaco y café), el tipo de personalidad y costumbres, modelos familiares y psicosociales, desempeño de tareas, falta de autonomía, falta de motivación y expectativas poco ajustadas, experiencias previas de fracaso, escasa o nula autoestima, falta de rutina y rol, interferencias de los efectos secundarios de la medicación, problemas de integración comunitaria, red social muy reducida o nula, estigma social, roles pasivos marcados por la condición de enfermo mental, etc.

OBJETIVO DEL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

Con lo expuesto anteriormente nos hacemos una idea del sentimiento que puede tener la persona que lo padece. De alguna manera las personas con enfermedad mental, se sienten incapaces en muchas ocasiones de llevar a cabo alguna tarea por pequeña que esta sea. Se le suma la influencia de la familia, que por lo general se dejan llevar primero por desconocimiento, por las impresiones generales pero no por el conocimiento real sobre lo que le sucede a su familiar, provocando dificultades para que las actividades de la vida diaria se consigan desarrollar adecuadamente.

El objetivo claro del TO es facilitar la tarea a la persona derivada, para que alcance el máximo grado de funcionalidad en el desarrollo de las actividades

de la vida diaria, lo que generará sentimientos de mayor competencia personal y social y le hará un sujeto preparado para, la adquisición de otras pautas si cabe más complejas.

Se pretende sustituir la idea de la persona con enfermedad mental «ociosa» sin mayor ocupación que la deambulación y el consumo de tabaco y café, con el objeto de «pasar» el tiempo. El T.O. facilita el desempeño ocupacional, favoreciendo la creación de una nueva rutina, ayudando a la persona a la búsqueda de un nuevo rol, de una normalización.

No se puede «normalizar» a través de la búsqueda de cualquier ocupación basada en nuestras expectativas. La búsqueda ha de realizarse en actividades y tareas propositivas para el paciente, con significado real en su vida.

CASO CLÍNICO

Paciente **M.P.** Derivado al CRPS

M.P. Varón de 23 años. Diagnóstico: esquizofrenia simple o desorganizada

Al momento de derivación no parece que exista actividad delirante ni alteraciones del sentido de la percepción. Hipocondría. Referencialidad. Rehúye cualquier contacto extrafamiliar. Monosilábico. Evitación del contacto ocular.

Tratamiento con anti psicóticos y de estabilizadores de efectos secundarios que abandona por su cuenta.

Unidad familiar de ambos progenitores y una hermana menor.

Desarrollo evolutivo en la primera infancia en apariencia adecuado.

Abandono voluntario del colegio a los trece años con consentimiento familiar.

Desde ese momento y hasta la derivación al CRPS, se mantiene en casa viendo TV. Nula red social, sólo familiar.

Interés importante: baloncesto.

EVALUACIÓN DE LAS ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO AL MOMENTO DE DERIVACIÓN AL CRPS

ÁREA FAMILIAR. Buenas y superficiales. La familia considera que es un problema de «timidez». Negación del diagnóstico. Marcada sobre implicación familiar y suplencia materna. No expectativas de su ciclo vital. Permisividad de la situación.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD. Desajustada. Opinión de que «algo le pasa». Considera que es un problema de complejo por tipo de personalidad tímida. Abandonó tratamiento farmacológico.

ÁREAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AUTOMANTENIMIENTO

Nula capacidad de autonomía en la ejecución de tareas básicas. Instigación para la ducha. Las pocas veces que lo lleva a cabo, no se incluyen partes corporales como genitales y cabello por la presencia de ideas irracionales. No elección de su ropa. No establecimiento de gustos personales. Abandono del resto de hábitos higiénicos. Suplencia materna. Rol de ejecución similar al padre. Rutina ociosa.

Alimentación facilitada por la madre. Exceso de horas dedicadas al sueño. Desconocimiento de hábitos de salud.

Hipocondría. No consumo de sustancias. Evitación del área sexual.

Previo al diagnóstico todas las áreas psicosociales eran inducidas por la madre. No presenta expectativa de futuro.

TRABAJO Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

No desempeña ninguna tarea en casa. Duda de su capacidad de aprendizaje. Delega cualquier tarea a la familia. No se establece ninguna exigencia desde el entorno familiar. No conoce el uso y manejo del dinero. No usa medios de transportes. No conoce su utilización siempre ha ido acompañado. Evita hacer uso de teléfono. No realiza ningún trámite burocrático. Manejo cultural deficitario.

Previo al diagnóstico no presentaba desempeño. No hay interés de futuro.

ACTIVIDADES LÚDICAS Y DE OCIO

Desempeño nulo salvo con la familia. Interés marcado por el baloncesto. Colecciona revistas y videos sobre ello. Dice no conocer actividad diferente a la referida. Previo a la enfermedad se daba interés en el deporte. Se proyecta como idea futura.

COMPONENTES DE EJECUCIÓN

COMPONENTE SENSOMOTOR

Duda de lateralidad. Alineación postural ligeramente clíptica. Dificultad para la coordinación viso manual y agarre de objetos. Dificultad en praxias. Dificultad en destrezas manuales y de coordinación fina.

COMPONENTE COGNITIVO

Latencia máxima de respuesta. Resultado de Wais del 83 medio bajo. Se desorienta fácilmente espacio-temporal-

mente por falta de uso. Impresión general de «pobreza» no tanto en las funciones propiamente, sino en la expresión de dichos aspectos. Falta de estímulo y ocasión. No dificultades en memoria a corto plazo, si a largo plazo. Lenguaje poco elaborado y pobre. Monosilábico. Signos perceptibles de ansiedad en cuanto al lenguaje (leve tartamudeo). No trastornos del curso del pensamiento. Comunicación no verbal simple. «Descontrol» de miembros mmss de forma aleatoria al intentar explicarse mínimamente. No contacto ocular, mira de reojo. Gesto postural rígido. Inquietud motora.

COMPONENTES PSICOLÓGICOS

Miedo atroz a equivocarse lo que aumenta su referencialidad. Falta de confianza en sí mismo y en sus capacidades. Convicción de que el resultado de su desempeño hasta el momento, se deba a un defecto de personalidad. No presenta habilidades de afrontamiento. No presenta habilidades de relación. Aumento de su nerviosismo en situaciones fuera de su rutina. Escasa fluidez. Riesgo de suicidio no señalable.

CONTEXTOS DE EJECUCIÓN

Discapacidad en apariencia grave. Entorno limitado al contexto familiar. Reforzado por su entorno familiar. Costumbres adquiridas. Rutina ociosa. Limitación de expectativas futuras.

DIAGNOSTICO PROPUESTO

Esquizofrenia Simple (F 20.6 según DSM IV)

Características generales: Trastorno no muy frecuente. Desarrollo insidioso aunque progresivo. Comportamiento extravagante. Incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social.

Disminución del rendimiento en general. No hay evidencias de alucinaciones ni ideas delirantes. Aparecen los rasgos negativos característicos de la esquizofrenia residual sin haber sido precedidos de síntomas psicóticos claramente manifiestos. Encierro en sí mismos, ociosos y con pérdida de objetivos vitales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Trastorno de Asperger. Si bien compare con el Asperger múltiples síntomas del espectro autista, no cumple todos los criterios para este diagnóstico.

Trastorno Esquizoide de la Personalidad. En este caso se produce un miedo a la interacción, que un déficit en el deseo de interaccionar.

Trastorno Dependiente de la Personalidad. Aunque presenta una fuerte dependencia en su vida diaria, en el trastorno dependiente, se produce la adhesión a una persona significativa y desarrolla temores de separación.

Trastorno Evitativo. Se marca la diferencia en el retraso excesivo en comportamientos adaptativos y de autocuidado que no se produce en el trastorno evitativo.

Esquizofrenia Residual. No se ha llegado a objetivar un brote psicótico con síntomas positivos. Curso insidioso sin brotes ni exacerbación de síntomas.

OBJETIVOS DE REHABILITACIÓN PROPUESTOS POR ÁREAS DE INTERVENCIÓN SECUENCIALIZADOS

INTERVENCIÓN

ÁREA FAMILIAR. Disminución de la sobre implicación de la madre y orientar a la

madre hacia un cambio de rol. Utilización de la madre como «aliada» al CRPS, evitando el posible «boicot» por su rol de cuidadora hasta entonces.

Grupos de Psicoeducación de Familias y de intervención individual con la T.O. y el psicólogo. Utilización del padre como modelo familiar.

ÁREAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. AUTOMANTENIMIENTO

Objetivo. Desarrollar habilidades básicas para su funcionamiento autónomo en AVD desde las más básicas a las complejas.

Autocuidado. Partiendo de los objetivos generales planteados en función de las necesidades detectadas, se estructuraron objetivos específicos y operativos de manera gradual y siguiendo el ritmo del paciente. Se llevaron a cabo entrenamientos en el domicilio, medio y de coordinación y pacto con la madre.

Utilización de información básica sobre áreas de desempeño ocupacional que no presentaba y sobre ellas, se fueron ajustando aprendizajes a través de técnicas de modificación de conducta. Fue necesario crear en él la capacidad de control para determinadas tareas. Fomentar en él, las capacidades que presentaba.

Orientación hacia la madre para el cambio de rol.

Se comenzó instaurando mínimos hábitos de higiene como lavado y secado de cara cada mañana, uso de wc, higiene oral y afeitado.

Reeducación en la habilidad para la realización de una ducha completa utilizando las unidades conductuales re-

queridas y el uso de instrumentos para ello. Eliminación de ideas irracionales con información y práctica.

Alimentación. Información básica sobre alimentación. Inicio en el aprendizaje para la elaboración. Fomento de su autonomía personal cuando la familia no está en algún fin de semana.

Sueño. Con la estructura de una nueva rutina se van ajustando los horarios dedicados al mismo.

Hábitos de salud. Información general sobre la prevención de la enfermedad y eliminación de las dudas que le surgen. Con el inicio de rutina se van eliminando muchas de estas ideas y por tanto disminuye sustancialmente la hipochondría que presentaba.

Sexualidad. Información sobre la sexualidad como parte del estado de salud o bienestar. Ajustar ideas recibidas de la televisión. Fomento de la sexualidad sana.

Uso y Manejo del dinero. Se utilizan tareas para comenzar en el uso del mismo relacionado con el interés del baloncesto (compra de revistas y videos). Conocimiento de monedas y billetes de escasa cuantía primero.

Medios de Comunicación. Información básica. Utilización de roll playing. Puesta en práctica.

Manejo de Transportes. Entrenamientos con el profesional utilizando los acercamientos al CRPS. Secuenciación de los entrenamientos. Exposición a situaciones ansiógenas.

RUTINA

De forma paralela se le orientó hacia su participación en una nueva rutina que

conectaba con sus intereses. De esta manera se facilitaba la consecución para el desarrollo adecuado del auto-mantentimiento.

TRABAJO Y ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Manejo del hogar. Cambio de rol en la madre como «co terapeuta» para el aprendizaje de las conductas del cuidado de la casa.

Se desglosaron objetivos comenzando por el cuidado de su entorno. Instauración de aprendizajes. Uso de reforzadores como dinero para la compra de revistas y videos de baloncesto, su interés principal.

Trámites Burocráticos. Acercamientos para la solicitud de información acerca de sus intereses en recursos normalizados. Entrenamientos.

Orientación socio-cultural. Reeducción y educación sobre conceptos de cultura básica.

Actualidad. Búsqueda de inquietudes e intereses. Ampliación de lo conocido.

Formación y empleo. Orientación formativa. Ajuste de expectativas. Acercamientos hacia cursos formativos no reglados. Aprendizaje de oficios.

ACTIVIDADES LÚDICAS Y DE OCIO

Participación en actividades basadas en su interés y la búsqueda de nuevos intereses. Orientación y participación a estos mismos. Creación de una red social con los compañeros del Centro. Generalización en su vida diaria. Inserción en recursos deportivos normalizados.

A través de la realización de un curso de natación en recurso normalizado, encontró pareja.

COMPONENTES DE EJECUCIÓN

Entrenamientos en contextos grupales en cuanto a la integración sensorial, de proceso perceptual y motor, a través de todas las actividades en las que participaba en el Centro basadas en sus intereses. Entrenamientos individuales.

Fomento de habilidades, búsqueda de nuevo rol aumento de la importancia que le daba y aumento del concepto de si mismo. Búsqueda de expectativas futuras.

CONTEXTO DE EJECUCIÓN

Se hizo necesario e imprescindible el cambio en el entorno social de M. P. para modificar su ejecución en las áreas ocupacionales. Se hizo igualmente necesario un acercamiento entre su edad cronológica y su edad de desarrollo real.

Aumento de expectativas de cara a su ciclo vital disminuyendo el grado de dependencia y por tanto reduciendo su discapacidad.

CONCLUSIONES

El proceso de Rehabilitación en M.P. ha sido largo y laborioso. Fue dado de Alta en el CRPS para su paso al CRL tras seis años de intervención. No quiere decirse que ya estén todos los objetivos cumplidos para este paso impensable al momento de derivación sino, que ha alcanzado una funcionalidad en su vida diaria adecuada aumentando con ello, su calidad de vida. Esto no sólo le repercute individualmente sino también a su entorno familiar y social. Los objetivos planteados en la actualidad, entroncan con las áreas formativas y / la-

borales más específicas de tratamiento en el CRL.

Esperemos que al igual que M.P. tuvo la oportunidad de inmiscuirse en un proceso de rehabilitación que originó un cambio radical en su vida, nosotros como Terapeutas Ocupacionales, de-

bemos estar orgullosos de formar parte de este cambio. Esperamos que con la práctica fundamentada de nuestra profesión, podamos seguir favoreciendo el aumento en la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias, fomentando personas autónomas y menos dependientes.

Dirección de contacto:

Ana Abad Fernández
Terapeuta Ocupacional
CRPS «Vázquez de Mella»
Plaza Vázquez de Mella, n.º 7. 28004 Madrid
E-mail: jijonalove@latinmail.com

Referencias

DURANTE, P., MOYA, B. (1998). *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*. Masson. Barcelona.

KIELHOFNER, G. (2004). *Modelo de Ocupación Humana: teoría y aplicación*. Médica Panamericana. Buenos Aires.

LIBERMAN, R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Roca. Madrid.

MILLAR, R. W., ROLLNICK, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Paidós.

Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2007, Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

POLONIO, B., DURANTE, P., NOYA, B., (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. (1.ª Ed.). Médica Panamericana. Madrid.

Profesoras de Terapia Ocupacional de Terrasa. *Terminología Uniforme de Terapia Ocupacional*.

RODRÍGUEZ, A. y otros. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Pirámide. Madrid.