

Terapia ocupacional en miniresidencias

Carmen Garrido Manzanares
Miniresidencia de Aravaca
Madrid

Resumen

A través del siguiente artículo, pretendo aportar una visión general del recurso Miniresidencia, en relación a las características y objetivos generales y específicos del mismo, al perfil de las personas que se pueden beneficiar de él, a los profesionales que componen el equipo técnico y al papel general del terapeuta ocupacional dentro de dicho equipo.

De forma más específica trato de explicar el papel del terapeuta ocupacional en el diseño y evaluación del funcionamiento general y en la organización de actividades, así como el papel específico en el proceso de atención, haciendo relación constante e inevitable a la coordinación con el equipo para esta labor.

Por último expongo un caso clínico, que puede facilitar la comprensión del contenido anterior al ser una aportación sobre la práctica cotidiana.

Considero importante aclarar que a pesar del esfuerzo en plantear una visión general sobre el recurso Miniresidencia y el papel del terapeuta ocupacional en el mismo, ha sido inevitable verme influida por el recurso en el que he desempeñado mi labor profesional du-

rante años y que me ha aportado la experiencia que puedo exponer a continuación, la Miniresidencia de Aravaca.

Palabras clave

Miniresidencia, terapia ocupacional, funcionamiento general, actividad, proceso de atención, evaluación, intervención, seguimiento, caso clínico.

Abstract

Through this article, I would like to provide you a general notion of the Miniresidencia, review the general characteristics and goals, the profile of the people who can benefit from it, the professionals who compose the technical team and the occupational therapist's general role within this team.

I will then describe in more detail the role and function of occupational therapist's in the design and evaluation of the general functioning and in the organization for activities, as well as the specific role in the attention process, always in coordination with rest of the team in this work.

The final section, I expose one clinical case study, that may facilitate the understanding the previous contents as it is a contribution to daily clinical practice.

I consider very important to explain that despite the efforts to propose a general notion about the Miniresidencia and the occupational therapist's role in this setting, I have found difficult not to be influenced by the place in where I have worked for many years and it has contributed the experience that I will describe later on, The Aravaca's Miniresidencia.

Key words

Mini-residential home, occupational therapy, general functioning, activity, attention process, evaluation, intervention, monitoring, clinical case.

TERAPIA OCUPACIONAL EN MINIRESIDENCIAS (MR)

1. LA MINIRESIDENCIA COMO RECURSO

Las MR se encuentran integradas en el «Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica» de la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, aunque son gestionadas por entidades privadas que mantienen concierto con la Comunidad.

Se trata de un servicio residencial rehabilitador, que proporciona alojamiento, manutención y soporte. Los objetivos generales de su actividad son favorecer la autonomía personal y social de los usuarios y potenciar su normalización e integración comunitaria.

Además de los objetivos generales comentados, el recurso MR tiene otros objetivos más específicos en función del tipo de estancia que ofrece:

ESTANCIA CORTA: Entre un fin de semana y un mes aproximadamente

- «Descanso» familiar
- Emergencias familiares o sociales
- Separación preventiva del ambiente familiar

ESTANCIA TRANSITORIA: De un mes a un año aproximadamente

- Transición del hospital a la comunidad
- Preparación para una vida más autónoma e independiente
- Preparación para la reinserción familiar

ESTANCIA INDEFINIDA: Más de un año

- Alternativa a la hospitalización prolongada
- Evitar situaciones de marginación social o abandono

El perfil general de las personas que pueden acceder al recurso está delimitado, siendo estas las características o situación que han de reunir:

- Personas con enfermedades mentales crónicas cuyos déficits o discapacidades en su funcionamiento psicosocial les impidan o dificulten cubrir de forma autónoma sus necesidades de alojamiento y soporte.
- Ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal de apoyo familiar y social.
- Ambos sexos. Edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
- Ser atendido y derivado por los Servicios de Salud Mental de las áreas sanitarias de referencia.
- Tener una situación psicopatológica estabilizada y no estar en situación de crisis psiquiátrica.
- No tener enfermedades físicas graves o crónicas que exijan una asistencia médica o de enfermería especializada o continuada.

- No presentar patrones comportamentales excesivamente agresivos o peligrosos para sí mismo o para los demás.

Para atender a las personas que llegan con esta situación además de otras necesidades individuales, cuenta con un equipo interdisciplinar integrado por los siguientes profesionales, que aseguran la supervisión durante las 24 horas:

1 Psicóloga/o. Directora/o Técnica/o
1 Psicólogo/a
1 Terapeuta Ocupacional
12 Educadores
Auxiliar administrativo
Cocinera
Auxiliares domésticas
Personal de mantenimiento

Como parte del equipo interdisciplinar, el terapeuta ocupacional presta apoyo técnico en el seguimiento del funcionamiento y del proceso de atención, aportando ideas, sugerencias, críticas para la organización del funcionamiento del recurso, su filosofía, la programación de actividades, el establecimiento de normas básicas,...

Concretamente podríamos decir que el terapeuta ocupacional participa en:

- El diseño y evaluación continuada del funcionamiento general del recurso.
- La creación de los programas o actividades de intervención.
- El diseño de los procedimientos de atención en todas sus fases (plan individualizado de acogida, evaluación, establecimiento de objetivos, intervención, seguimiento,...)
- El diseño de los formatos a utilizar en cada una de las fases del proceso de atención, así como la implanta-

ción progresiva de los mismos (mediante formación a los educadores sobre su uso).

- El proceso de evaluación, elaboración del informe y Plan Individualizado de Atención residencial.
- La intervención y el seguimiento a través de las actividades y programas, así como de manera individualizada.
- Participación en las estrategias de seguimiento de los objetivos alcanzados.

2. PAPEL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO GENERAL Y EN LA ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES

La MR será la casa de los usuarios durante un tiempo más o menos determinado, y como tal, debe aproximarse lo máximo posible a un hogar. Por ello las actividades utilizadas, de forma terapéutica, en este tipo de recursos se corresponden en su mayoría con las actividades cotidianas que podemos llevar a cabo cualquier persona en nuestro día a día.

El Terapeuta Ocupacional, casi siempre en colaboración con el coordinador, se encarga de diseñar y organizar todas las actividades que considere oportunas para la rehabilitación integral de la persona. Presenta una propuesta de esta organización al equipo y en conjunto se aprueba o se modifica según se valore.

Para la organización de dichas actividades ha de tener en cuenta:

- Que favorezca un ambiente de vida y de convivencia familiar, buscando la mayor normalización de forma que

sea lo más parecido posible al medio natural.

- Que la persona pueda experimentar todo su proceso de rehabilitación (evaluación, intervención y seguimiento) a través de actividades lo más cotidianas y normalizadas posibles, adaptadas de manera individualizada en relación a sus capacidades y dificultades, sus roles, sus valores y su situación sociocultural.
- Que faciliten la incorporación de nuevos participantes ya que la llegada de los usuarios a la MR no es sincrónica, sino que cada cierto tiempo puede ser que alguien se incorpore y otros se marchen.
- Que favorezcan que cada usuario mantenga un equilibrio ocupacional, entre los roles que configuran su identidad, teniendo en cuenta las áreas de actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, educación, juego, esparcimiento y participación social, que le permita llevar a cabo una vida de la forma más satisfactoria y saludable posible.
- La disposición de espacio, personal y material necesario para llevarlas a cabo.
- Las actividades elegidas para trabajar los objetivos individualizados de

cada uno de los usuarios, de forma que no se solapen temporalmente ni con otras que se realicen dentro de la MR, ni con las que lleven a cabo en otros recursos de rehabilitación, actividades formativas o laborales normalizadas,....

También es muy importante cuidar ciertos aspectos, relacionados con características directas de cada usuario, de cara a la organización de los grupos:

- Las necesidades u objetivos individuales de cada uno de ellos.
- El grado de autonomía para participar en la actividad o grupo en cuestión.
- Su situación psicopatológica y conductual respecto al resto de los miembros del grupo.
- Su edad y sexo.
- Sus intereses y valores.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y llevando a cabo una clasificación en base a las áreas ocupacionales establecidas por la AOTA, una propuesta sobre las distintas actividades y programas que se pueden llevar a cabo en un MR serían los siguientes:

ÁREA	ACTIVIDAD O PROGRAMA
AUTOCUIDADOS	Higiene personal (ducha, cambio de ropa, afeitado,...)
	Alimentación
	Sueño
	Psicoeducación y autoadministración de la medicación
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	Cuidado de la ropa
	Limpieza espacios personales

	Ejercicio físico
	Administración económica
	Integración comunitaria
ESTUDIOS	Informática
	Cultura
TRABAJO	<i>CUIDADO EL HOGAR:</i>
	Cocina
	Limpieza de espacios comunes
	Comedor
	<i>TRABAJO:</i>
	Trabajo solidario
	Mantenimiento
	Jardinería
	Lavandería
	Limpieza
	Costura
	Biblioteca
JUEGO, ESPARCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	Grupos de ocio
	Ocio en el tiempo libre
	Actualidad
	Teatro
	Música

3. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

El terapeuta ocupacional tendrá una participación activa durante todo el

proceso de atención de cada usuario, en cada una de sus fases: acogida, evaluación, elaboración del Plan Individualizado de Atención Residencial, intervención y seguimiento.

3.1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN PREVIA A LA LLEGADA DEL USUARIO

El usuario se incorporará a la MR mediante la derivación llevada a cabo por el Servicio de Salud Mental que lo atiende, en una reunión con el coordinador de la misma. En esta reunión se aportará información que servirá para valorar la adecuación de la derivación y la elaboración del Plan de Acogida y Adaptación Individualizado.

Es recomendable que el terapeuta ocupacional tenga en cuenta de forma específica la siguiente información aportada en la derivación inicial:

- Fecha de Nacimiento / Edad
- Diagnóstico
- Estancia y motivo de la derivación
- Previsión residencial a la salida
- Situación económica
- Situación de capacidad/incapacidad y tutela
- Objetivos planteados en su derivación

De forma particular, esta información sirve al terapeuta ocupacional para:

- Orientarnos sobre la incorporación a determinadas actividades y grupos concretos en los que será más fácil su adaptación y convivencia, ya que por las características propias del recurso la persona se incorpora al llegar a algunas actividades. (Tareas domésticas compartidas).
- Orientarnos respecto a los objetivos ocupacionales que se plantearán una vez llevado a cabo todo el proceso de evaluación, así como las actividades y la adaptación de las mismas para su consecución.
- Prever las actividades en las que podrá participar en base a su situación económica.

- Prever los trámites necesarios para llevar a cabo actividades fuera del recurso (permisos del tutor,...).

3.2. FASE DE ACOGIDA

El conjunto de actuaciones que se llevan a cabo una vez que el usuario se incorpora a la MR serán:

1. Entrevista de Bienvenida, que se realiza con el usuario y su familia.
2. Acompañamiento en el conocimiento de la habitación, dependencias comunes, compañeros y profesionales.
3. Apoyo en la colocación de sus ropas y enseres.
4. Apoyo en el conocimiento de su entorno próximo (zonas de ocio, medios de transporte,...).

3.3. FASE DE EVALUACIÓN

La observación puede resultar el método de evaluación más importante en este tipo de recursos ya que la persona vive en él las 24 horas del día y realiza en él todas sus actividades cotidianas.

Al igual que en otros recursos, también se pueden utilizar entrevistas estructuradas y no estructuradas, diferentes registros y autorregistros de frecuencias, nivel de desempeño, grado de motivación,..., que se pueden ir elaborando y utilizando a lo largo del proceso de evaluación e intervención en base a las necesidades iniciales y las que vayan surgiendo durante el proceso de atención.

Otra posibilidad, es la formación de grupos en los que todos sus participantes puedan llevar a cabo un proceso de autoevaluación, con los principales objetivos de facilitar una implicación activa de la persona en todo su proceso de rehabilitación y, a largo plazo, potenciar

un sentido de control y responsabilidad activa sobre su vida. Los participantes pueden ir evaluando su situación actual, sus capacidades y limitaciones, contactar con sus principales valores e intereses, cuáles son sus expectativas y el grado de ajuste a la realidad del momento en el que se encuentran,....., además de hacer una evaluación continua de todo el proceso de rehabilitación por el que están pasando.

ASPECTOS BÁSICOS A EVALUAR

- Datos biográfico-clínicos
- Aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento
- Capacidades básicas: capacidades cognitivas (percepción, atención, memoria, organización temporoespacial,...) y capacidades motrices (movilidad, fuerza, resistencia, coordinación,...)
- Competencia personal (autoestima, toma de decisiones, tolerancia a la frustración, capacidad de demora, asunción de responsabilidades,...)
- Competencia social (habilidades sociales, relaciones interpersonales, red social,...)
- Manejo comunitario

ASPECTOS PRIORITARIOS A EVALUAR DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La principal aportación del terapeuta ocupacional durante la fase de evaluación será la valoración del funcionamiento ocupacional en relación a los roles que configuran la identidad de la persona y el equilibrio entre ellos. También se evalúa si las actividades que la persona realiza se corresponden con las diferentes áreas en las que se estructura la ocupación humana: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, educación, juego, esparcimiento y participación social. La evaluación ha de

considerar cómo el grado de funcionalidad en el desempeño de estos roles está influido por los hábitos, intereses y valores tanto actuales como pasados, las capacidades personales y el grado de confianza en sí mismo para afrontar las demandas cotidianas, así como la influencia del entorno físico y social. Y, por supuesto, es imprescindible recoger información sobre las expectativas futuras que se plantea la persona, así como el grado de sentido de control sobre la consecución de las mismas.

OTRA INFORMACIÓN OCUPACIONAL (ÁREAS OCUPACIONALES)

En un recurso 24 horas, sería un desperdicio de oportunidades que la recogida de información ocupacional se limite a un solo profesional, por lo que en la MR, el terapeuta ocupacional propone y colabora en el diseño de aquellos formatos de evaluación que considere oportunos en relación a las diferentes áreas y forma a otros profesionales para la recogida de información ocupacional relevante de cara al establecimiento de objetivos del Plan Individualizado de Atención Residencial y de objetivos más específicos en cada una de las actividades del usuario.

Evaluación de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria

Se irá evaluando por observación en la práctica diaria tanto el cumplimiento de los hábitos establecidos inicialmente como el nivel de desempeño en cada una de las tareas, cuáles son las dificultades que se presentan, qué factores influyen como motivadores para el mantenimiento o la mejora en esta área,...

Evaluación de las áreas de trabajo y educación

Hay algunos usuarios que aún reúnen capacidades suficientes para llevar a cabo una ocupación formativa o laboral, en recursos destinados a este tipo de actividades. Otros no tienen posibilidades de acceder a ellos, por lo que desde la MR se ha planteado compensar los déficit que se puedan encontrar en esta área, con actividades que reúnan características similares a las realizadas en esos recursos.

El objetivo de evaluar estas áreas no será el de intervenir de forma específica para que la persona acceda a un puesto de trabajo, sino el de obtener información sobre cómo un desequilibrio en ella afecta a la persona en su ocupación diaria, cómo puede repercutir en la desestructuración de su rutina, en sus carencias en el ocio o en el cuidado personal, en su autoestima, estado de ánimo,...

En la entrevista recogerá información sobre:

- Historia formativa
- Historia laboral
- Valores e intereses formativo-laborales pasados
- Intereses y valores actuales. Motivación productiva
- Autopercepción (pensar si puede llevarlos a cabo)
- Autopercepción y capacidades físicas, cognitivas y sociales

Evaluación de las áreas de juego y esparcimiento

Se recogerá información sobre:

- Disfunción por falta de ocupación del tiempo libre.
- Falta de participación en actividades de interés y posibles causas.
- Dificultades en capacidades físicas y/o cognitivas para realizar activi-

dades de ocio.

- Dificultades en la competencia personal o social para participar en actividades de interés.
- Problemas en el manejo comunitario que dificulten una ocupación satisfactoria de esta área.
- Red social.
- Intereses actuales y pasados respecto al ocio.

INFORME DE EVALUACIÓN

En la MR el papel del terapeuta ocupacional respecto al informe de evaluación será aportar toda la información ocupacional que haya recabado, así como un análisis de la misma. Para ello es necesario que se reúna con el resto de los profesionales (educadores, psicólogos,...) en una Junta de Evaluación.

3.4. ELABORACIÓN EL PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

El informe de evaluación mencionado previamente, en la misma Junta de Evaluación entre psicólogos, educador (tutor) y terapeuta ocupacional, se complementará con una propuesta de objetivos que se concretará con el usuario y conformará el Plan Individualizado de Atención Residencial.

Una vez planteados los objetivos a conseguir, y priorizando las elecciones que haya realizado el usuario, es necesario determinar los medios (actividades, estrategias, programas,...) en las que participará para conseguirlos. El equipo acordará con el usuario dichos medios de intervención. Para que la persona se implique de forma activa en aquellas actividades de las que se puede beneficiar, es imprescindible tener en cuenta factores motivadores como sus valores e intereses, sus roles pasados (familiares, laborales,...), sus habilidades y poten-

cialidades, sus posibles planes de vida futuros, las expectativas familiares y sociales que le puedan influir, etc.,...

3.5. INTERVENCIÓN

La intervención en las mini-residencias se lleva a cabo mediante tres modalidades. Por un lado se utilizarán actividades lo más cotidianas y normalizadas posibles, modalidad sobre la que profundizaremos en mayor medida. En otras ocasiones será necesario el diseño de programas de intervención clásicos (relajación, autocontrol, habilidades sociales,...), aunque sin descuidar un ambiente de hogareño y de convivencia familiar. Y, por supuesto, las intervenciones de carácter individual cuando su contenido requiera un espacio de intimidad o privacidad, y cuando las capacidades cognitivas o el estado psicopatológico del usuario puedan interferir en la estabilidad del grupo y en el aprovechamiento que, tanto la persona como el resto de los participantes pueda tener del mismo.

INTERVENCIÓN EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES

El papel más específico del terapeuta durante la intervención a través de las actividades es analizarlas y adaptarlas, así como formar a otros profesionales en estas materias, para que no pierdan sus principios terapéuticos. Por ello, es importante que no dejemos pasar y hagamos llegar al equipo al menos estas ideas básicas a cerca de las mismas.

Actividad terapéutica

Es aquella actividad significativa para la persona que se utiliza de forma positiva para provocar un cambio en su situación que irá encaminado a mejorar su funcionamiento ocupacional y, por

tanto, a conseguir una calidad de vida digna y significativa.

Características de la actividad terapéutica

- Debe tener un objetivo claro y específico hablado con el usuario. Ej. participar en la actividad de jardinería para autoevaluar las habilidades y hábitos laborales.
- Debe ser significativa, motivadora y tener un valor para la persona. Esta debe colaborar y cooperar en la elección y el desarrollo de la actividad diciendo qué actividades le interesan y quiere realizar.
- Debe ser adecuada a la edad, sexo y cultura y ha de ir dirigida siempre a mejorar la calidad de vida del individuo.
- Debe reflejar los roles e intereses del individuo y debe ajustarse a las necesidades sentidas por él y por su entorno.
- Debe dirigirse a mantener y mejorar los niveles de función y prevenir los de disfunción.

Actividad: medio y fin

Es importante conocer las dos vertientes rehabilitadoras que presenta la actividad:

En el primer caso, la actividad como MEDIO, se refiere a la utilización de la actividad como medio de intervención. Otros profesionales utilizan los fármacos, el movimiento propiamente dicho, técnicas concretas de rehabilitación de capacidades o habilidades como de autocontrol, habilidades sociales,... Los T. O. analizan, gradúan y modifican, en definitiva adaptan la actividad para llegar a la consecución de los objetivos planteados en el proceso de prevención y rehabilitación de la persona.

En el segundo caso la actividad toma carácter de OBJETIVO de intervención, es decir, la rehabilitación irá dirigida a conseguir unos objetivos ocupacionales como pueden ser el desempeño de una actividad concreta como cocinar, la consecución de un rol como el de voluntario o la adquisición o recuperación del equilibrio ocupacional entre el cuidado personal, la productividad y el ocio.

Análisis de la actividad:

Para poder ofrecer al usuario aquella actividad que más se ajuste a sus necesidades y poder adaptarla adecuadamente, con el fin de que pueda trabajar los objetivos planteados de la forma más eficaz posible, es importante realizar un análisis de cada una de ellas. Existen numerosos modelos que facilitan y guían en el análisis de las actividades.

Una forma de llevar esta información teórica a la práctica, es que una vez planteados los objetivos del Plan Individualizado de Atención Residencial y elegidas las actividades en las que se irá trabajando para la consecución de los mismos, se planteará una reunión entre el usuario o el grupo, el responsable de la actividad y el terapeuta ocupacional. En ella se establecerán los objetivos específicos que cada usuario se propone conseguir. Después entre el responsable de la actividad y el terapeuta ocupacional estudiarán el modo en el que adaptarán la actividad para que se puedan trabajar los objetivos establecidos.

SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

Para el seguimiento de los objetivos generales, una posibilidad es que se establezca un plazo mensual de seguimiento para los planes individualizados de

cada usuario, en el que participan el tutor del mismo, los psicólogos y el terapeuta ocupacional.

Además se puede organizar un calendario de seguimiento para los diferentes programas y actividades, que consiste en la realización de reuniones entre el usuario, el responsable de la actividad y el terapeuta, en el que se pueda llevar a cabo el seguimiento de los objetivos específicos establecidos en cada una de ellas. Para facilitarlo, se propone realizar un registro diario de información, por parte del responsable, tras cada una de las actividades llevadas a cabo con los usuarios.

3.6. SEGUIMIENTO DE LOS OBJETIVOS CUMPLIDOS

El cumplimiento de objetivos del Plan Individualizado de Atención Residencial, se puede dar en dos situaciones, una de ellas cuando la persona vaya a continuar viviendo en la MR, y otra coincidiendo con el alta de la persona del recurso.

En el primer caso, tanto el diseño del funcionamiento general como del proceso de atención, han de ofertar la posibilidad de que la persona mantenga el funcionamiento psicosocial conseguido durante su proceso de rehabilitación, asegurando que pueda mantener un desempeño cotidiano lo más significativo y gratificante dentro del recurso. Por esta razón es de gran importancia que las actividades desarrolladas mantengan su sentido con el paso del tiempo, de manera que los usuarios de estancias indefinidas no dejen de considerar necesaria y beneficiosa su participación en las mismas. Es en este caso en el que el terapeuta ocupacional tiene una labor imprescindible, dada su formación para detectar las necesidades ocupacionales de la persona, los roles que la

persona requiere mantener a lo largo del tiempo para el desarrollo de una vida significativa, qué apoyos requiere para el cumplimiento de esos roles,...

4. CASO CLÍNICO

J. F. Mujer de 52 años derivada con diagnóstico de Esquizofrenia para una estancia de 6 meses con motivo de transición del Hospital a la Comunidad. La previsión residencial a su salida es el regreso a su antiguo domicilio.

Del informe social de su C.S.M. se recoge la siguiente información de interés:

- Manutención a cargo de las hermanas.
- Trámite de minusvalía y pensión de orfandad.
- Domicilio deteriorado.

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

Se muestra muy colaboradora durante la entrevista, ciñéndose a las preguntas y aportando información relevante.

RUTINA

Respecto a sus actividades diarias poco antes del ingreso, sólo se aseaba y lavaba su ropa, hacía la compra y cocinaba platos sencillos, precocinados y muy repetidos para comer. Paseaba dentro del piso y cuidaba plantas percibiendo estas actividades, excepto la última, necesarias para su supervivencia, pero no le resultaba una rutina satisfactoria.

Al preguntarle por su rutina pasada ella hace referencia a la que mantenía cuando ya habían muerto sus padres. Se percibe un deterioro progresivo hasta la actual ya que antes consistía en

levantarse, desayunar, ventilar la casa, limpiar, asearse, salir a comprar, preparar la comida, comer, pasear, cenar, ver la televisión y dormir. A pesar de ser una rutina más rica en actividades a ella le parece insuficiente porque considera que «no tenía ninguna ocupación», considerando las que hacía como necesarias/obligatorias. Cuando vivían sus padres su rutina incluía actividades de cuidado hacia ellos y de relación con las hermanas por lo que le parecía más satisfactoria.

ROLES

Considera que desempeña el papel de ama de casa, que además también percibe como obligatorio el continuar desempeñándolo. No cree que últimamente cumpliera con las responsabilidades requeridas por este rol, pues no podía limpiar por «falta de fuerza física». Únicamente mantenía el cuidado de la ropa y la cocina de alimentos.

En el pasado, además de ama de casa, mantenía el rol de cuidadora y de estudiante de medicina, abandonando éste último porque según ella «se le olvidaban las cosas», a pesar de que la información de las hermanas es que tenía unas notas muy altas. Comenta que le gustaría volver a estudiar cosas sencillas y sin el objetivo de obtener una titulación, considerando que le cuesta concentrarse.

INTERESES

Como cosas que le gustan identifica coser, leer, la jardinería y pasear. No comenta que tuviera otros intereses en el pasado.

VALORES

Da especial importancia en la vida a la familia, compuesta actualmente por

sus tres hermanas. Era lo que consideraba también más importante en el pasado.

Hace cuatro años que no realiza actividades relacionadas con las cosas que le gustan ni con la familia, pero le gustaría volver a retomarlas. También le gustaría trabajar en el futuro, considerando que esto le aportaría seguridad económica y «personal». Como trabajo habla de hacer papel, idea que ha oído de los vecinos, dice «mucha gente de allí trabaja haciendo papel».

AUTOPERCEPCIÓN

No tiene conocimiento a cerca de su enfermedad, aunque presenta buena adhesión al tratamiento, considerando que es necesario y la ayuda.

Reconoce habilidades para realizar las tareas de limpieza y cocina, coser y cuidar las plantas.

Como dificultades comenta que en los últimos meses no podía tomar la decisión para romper la barrera de salir, creyendo que se debía a «dejación», aunque no lo tiene muy claro. Ante estas dificultades tomaba la alternativa de pasear dentro de casa, pero no afrontaba el problema. Por el contrario, en el pasado sí hacía por superar estas dificultades, alegando que la diferencia en este afrontamiento se debía a que antes estaba acompañada, lo que indica cierto locus de control externo.

ENTORNO

Físico

Referente al su entorno, no considera que le facilite el realizar aquellas actividades que le interesan, valora o consi-

dera necesarias. Piensa que su casa es fría, oscura y sombría. En su barrio existen tiendas de alimentación, pero no para comprar ropa, dice que «las que hay son ilegales y cobran un recargo por ello en las compras». No habla de otros recursos en el barrio.

Social

Las personas más significativas en su vida son sus tres hermanas, piensa que la ayudan y la apoyan en sus planes y para realizar las actividades que considera necesarias o importantes.

OTROS ASPECTOS A DESTACAR

MEDICACIÓN Y RECURSOS SANITARIOS

Desde los últimos ingresos la medicación le ha sido administrada. Es necesario que vaya acompañada a las citas médicas y a comprar medicación.

DINERO

Las hermanas mantienen sus gastos y ella se administra de forma autónoma.

ASEO

Es autónoma en el aseo, pero mantenía sintomatología delirante en relación a su pelo y tiende a dejárselo muy largo, por lo que hay que facilitar que se lo corte cada cierto tiempo. Se observa baja frecuencia en el cambio de ropa exterior (un jersey durante más de una semana).

ALIMENTACIÓN

Sigue los hábitos establecidos en las instituciones, pero en el pasado sus ideas delirantes también se relacionaban con la comida. No se observan problemas actuales en este aspecto.

TRANSPORTES PÚBLICOS Y RECURSOS
COMUNITARIOS

Alrededor de 1983 dejó de coger trans-
portes públicos debido a que le pusieron
una multa porque tenía el bono-bus ca-
ducado. Se desorienta y tiene miedo de
salir a la calle.

RELACIONES INTERPERSONALES

Ha mantenido un aislamiento social du-
rante unos cuatro años, sin relacionar-
se con nadie. Se observan buenas ha-
bilidades de comunicación verbal
aunque no mantiene mucha interac-
ción con otros. Dificultades en la co-
municación no verbal de poca expre-
sión gestual, tono bajo en la voz y nulo
contacto visual.

OCIO

Le gusta cuidar las plantas, pero lo sue-
le hacer como si cuidase personas. No
se observan conductas extrañas du-
rante el Programa de Jardinería.

ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN

J.F. mantiene una rutina que no le resul-
ta satisfactoria, por no participar en ac-
tividades y responsabilidades suficien-
tes relacionadas con roles que
configuran o han configurado su iden-
tidad (ama de casa, cuidadora, estu-
diente y familiar). Igualmente su rutina
carece de actividades que se corres-
pondan con sus intereses y valores. En
este funcionamiento ocupacional, in-
fluyen disfunciones en su causalidad per-
sonal ya que la percepción de sus ca-
pacidades físicas (fuerza) está
distorsionada y su locus de control es ex-
terno, manifestando un bajo sentido de
control sobre su vida. También presenta
disfunción en sus habilidades para la co-
municación, en sus capacidades físicas
(movilidad rígida y poca amplitud arti-
cular) y en sus habilidades para el ma-
nejo en los transportes públicos. Su en-
torno físico plantea limitaciones para el
desempeño de un funcionamiento ocu-
pacional adaptativo.



PLAN DE INDIVIDUALIZADO ATENCIÓN DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

USUARIO	J.F.	
MONITOR DE REFERENCIA	XXXXXXXXXXXX	FECHA
FIN ÚLTIMO	Favorecer la incorporación de actividades en la rutina de J.F., que permitan el desempeño de los roles significativos que configuran su identidad ocupacional.	

OBJETIVOS	Metodología	Responsable	Plazo
1. Mejorar los hábitos de autocuidados en relación al cambio y lavado de la ropa.	Programa de lavandería en autocuidados.	- Tutor - Terapeuta ocupacional	2 meses
2. Adquirir un hábito para la realización de tareas domésticas.	Programa de limpieza de espacios personales y espacios comunes.	- Tutor - Terapeuta ocupacional	2 meses
3. Mejorar la conciencia de enfermedad en relación al significado de su diagnóstico.	Programa de psicoeducación y medicación.	- Tutor - Psicólogo	4 meses
4. Aumentar su autonomía para el manejo en recursos comunitarios (transportes, recursos sanitarios).	Programa de Integración comunitaria, Ocio y asistencia a citas.	- Terapeuta ocupacional - Tutor	4 meses
5. Mejorar sus habilidades sociales (comunicación no verbal).	Programa de Ocio y Actualidad.	- Terapeuta ocupacional - Educador	5 meses
6. Retomar la participación en actividades de ocio de interés y adquirir habilidades para la planificación del tiempo libre.	Programa de jardinería, de Ocio y Ocio en el tiempo libre.	- Terapeuta ocupacional - Educadores	5 meses
7. Aumentar las relaciones con las hermanas.	Entrevistas conjuntas y coordinación telefónica.	Psicólogo	5 meses
8. Favorecer la participación en actividades de carácter formativo o laboral (cursos, voluntariado, CRPS,...).	Programa de Integración comunitaria y coordinación recursos	- Terapeuta ocupacional - Psicólogo	6 meses
9. Aumentar la utilización de recursos comunitarios como bibliotecas, centros culturales,....	Programas de Integración comunitaria y Ocio.	Terapeuta ocupacional	6 meses
10. Favorecer la adecuación de su domicilio o el cambio a otro más adaptativo.	Coordinación con el SSM y la familia.	Psicólogo	6 meses
11. Favorecer el mantenimiento de los objetivos conseguidos al alta.	Coordinación con el SSM, la familia y otros recursos a los que se incorpore.	Psicólogo	Al alta

EVOLUCIÓN

OBJETIVO	CONSECUCIÓN
1.	Se cambia de ropa interior a diario y exterior alrededor de dos veces por semana. Pone la lavadora con una frecuencia semanal.
2.	Realiza las tareas domésticas con el hábito establecido en la MR y en el domicilio en el que reside con la hermana, es la responsable de llevarlas a cabo.
3.	Sigue tomando su medicación sin negarse y asiste a las citas médicas, aunque aún no presenta buena conciencia respecto al conocimiento de diagnóstico y síntomas.
4.	Se maneja de forma totalmente autónoma en transportes y asiste a todas sus citas de forma independiente.
5.	En relación a sus habilidades sociales, mantiene la mirada y sonríe, pero no expresa más sentimientos y su tono de voz suele ser siempre bajo.
6.	Ha retomado las actividades de leer y pasear, que realiza en su tiempo libre. No participa en coser ni en jardinería, salvo en el programa establecido, pero ha explorado nuevas actividades como el cine, salidas culturales o ver la televisión, que realiza cuando tiene ocasión o cuando se organizan desde el centro.
7.	Actualmente reside con una de sus hermanas en la casa de esta. Sale con sus hermanas todos los fines de semana, participando con ellas en actividades satisfactorias.
8.	Se ha incorporado al CRPS. Actualmente no asiste a ningún curso ni actividad cultural estructurada. Estuvo informándose en Centros culturales y asociaciones pero durante el periodo de su estancia no ha dado tiempo a que se incorpore a alguna.
9.	Ha visitado todos los recursos sobre los que hemos ido trabajando en el programa de «Integración comunitaria», pero no se ha incorporado la participación en alguno de ellos a su rutina. Tenía interés en inscribirse en actividades programadas en asociaciones o Centros Culturales.
10.	Actualmente reside con una de sus hermanas en la casa de esta.
11.	Se transmite la información sobre su interés en participar en actividades culturales más normalizadas en Centros culturales al CRPS.

CONCLUSIONES

Merece la pena destacar la complejidad de combinar todas las cuestiones expuestas, para dar a un recurso de carácter rehabilitador un ambiente familiar, acogedor y hogareño. Es muy significativo, a la vez que, profesionalmente muy enriquecedor desde la perspectiva de la terapia ocupacional, el poder combinar actividades lo más cotidianas y normalizadas posibles con el proceso

de rehabilitación por el que pasa la persona al vivir en un recurso residencial. Podríamos decir que esta labor se corresponde directamente con las raíces filosóficas de nuestra profesión, que históricamente ha sufrido tantos cambios y que, probablemente por estos motivos, aún plantea problemas de identidad.

Es igualmente importante considerar lo imprescindible que resulta el trabajo en

equipo, especialmente en este tipo de recurso, en el que la persona no viene a pasar unas horas al día en actividades de carácter rehabilitador, sino que vive en él y desarrolla un proceso de rehabilitación que afecta a todos los as-

pectos de su vida. El servicio integrado y holista de 24 horas que requiere la persona que reside en una miniresidencia, necesita de la estrecha colaboración de todos los profesionales que componen el equipo interdisciplinar.

Dirección de contacto:

Carmen Garrido Manzanares
lafuentedegarry@hotmail.com

Referencias

DE LAS HERAS, C. G. (1998). *Manual: Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana*. Producido por Reencuentros. Santiago de Chile.

DE LAS HERAS, C. G. (2003). *Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos*. Publicado en Reencuentros. Santiago de Chile.

DURANTE, P. y NOYA, B., (1998). *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Ed. Masson. Barcelona.

FINLAY, L. (1997). *The practice of Psychosocial Occupational Therapy*. STP.

HOPKINS, H. y SMITH, H. (1998). *Terapia Ocupacional*. Willard/Spackman. Ed. Panamericana. Buenos Aires.

LIBERMAN, R. *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Ed. Martínez Roca. Madrid.

MORUNO, P. y ROMERO, D. (2002). *Terapia ocupacional. Teoría y técnicas*. Ed. Masson. Madrid.