

Terapia ocupacional en hospital psiquiátrico. Unidad de rehabilitación y larga estancia

*M.^a Teresa de Julián Fernández
Hospital Rodríguez Lafora. Madrid*

Resumen

Desde que comencé a trabajar en psiquiatría, siempre se me presentaba la misma duda, ¿cuál era la relación terapéutica que había que establecer con el paciente para que el tratamiento de terapia ocupacional fuese aceptado?

El esbozo del contexto en el que realizamos la práctica terapéutica, y unas ligeras nociones de la relación que establecemos con el paciente, así como un ejemplo de algún que realizamos en el hospital Rodríguez Lafora para las unidades de larga estancia y rehabilitación es el objetivo de esta publicación.

Palabras clave

P.I.R., hábitos estables, rutinas, trabajo, contención psíquica, vínculo terapéutico, técnicas de modificación de conducta, intervención orientativa, intervención dirigida.

Abstract

Since I began working in psychiatry, I have always had the same question: ¿which was the therapeutic relationship

to be established with the patient so that the occupational therapy treatment would be accepted?

The aim of this paper is both the outline of the context where we carry out the therapeutic practice and some light notions of the relationship we establish with the patient. Furthermore, we aim at providing an example of the ones we establish in the Hospital Rodríguez Lafora for long stay and rehabilitation units.

Key words

Resident Psychologist Training, stable habits, routines, work, psychic control, therapeutic bond, behaviour modification techniques, counselling intervention, directed intervention.

1. HOSPITAL RODRÍGUEZ LAFORA

El hospital psiquiátrico «Rodríguez Lafora» de siempre ha sido conocido más como el «Alonso Vega», y era un lugar donde los enfermos mentales residían de tal manera que cuando un paciente era ingresado no había posibilidades de darle el alta y se convertía en un lugar donde los pacientes pasaban a vivir de por vida.

La terapia ocupacional, al pertenecer a la organización del propio hospital era usada como medio para «descargar» a los pacientes de las plantas, con el único fin de «entretenerlos».

En estos momentos se vive en el hospital un momento de optimismo y se está intentando realizar un esfuerzo enorme por cambiar esta filosofía y que el hospital suponga un lugar de reinserción y rehabilitación social. Quizás para algunos suponga esto evidente, sin embargo, el poder ver cómo a un paciente se le da el alta y ver la posibilidad real de hacerlo, y poder comprobar que efectivamente desde el hospital se ha podido reinserir a un paciente, aunque sea en un recurso intermedio, es una realidad que hasta hace muy poco era impensable.

Actualmente en todo el hospital se está intentando realizar un **PIR**, Plan Individualizado de Rehabilitación, a través del cual se detecten las necesidades de rehabilitación individualizadas de cada paciente, y una vez detectadas intervengan los profesionales que sean necesarios, de tal manera que se fijen objetivos de rehabilitación para ese paciente y los objetivos de tratamiento de todos los profesionales que intervengan en él están supeditados al objetivo rehabilitador del mismo. Como ya he dicho esto todavía no está implantado y en estos momentos vivimos una época de transición en la que convive la antigua filosofía, que considera al hospital como una residencia de enfermos mentales, con la nueva, que considera al hospital un lugar de tratamiento y reinserción social. Como dato que reflejaría esta realidad tenemos que en el último año se han dado tres altas en la unidad de rehabilitación, pero en los tres años anteriores se dio sólo un alta.

El departamento de terapia ocupacio-

nal también ha vivido esta transición y esto ha supuesto muchos cambios en la organización del tratamiento que se les ofrece a los pacientes. Para poder hacer una idea al inicio de entrar yo a trabajar acudían todos los pacientes todos los días, hoy en día se hace una selección de quién acude y cuando.

1.1. Organización del hospital

El hospital Rodríguez Lafora está dividido en varias unidades: adicciones, hospitalización breve, estancia prolongada.

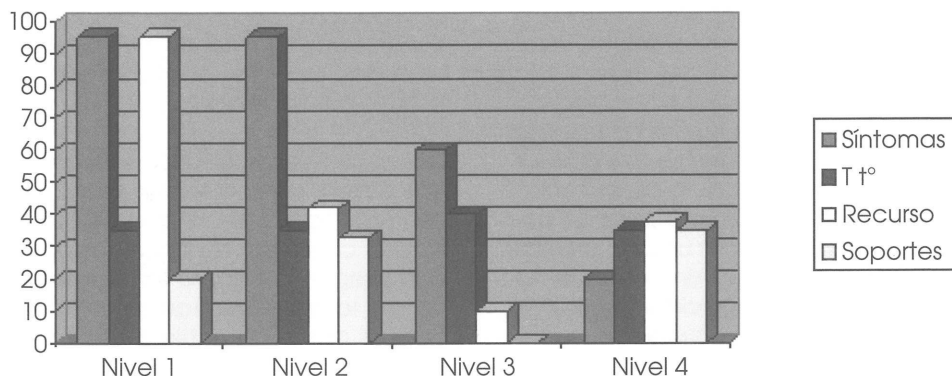
Estancia prolongada a su vez está dividida en unidad de disminuidos psíquicos, psicogeriatría, larga estancia, y rehabilitación I, II y III. Sobre la terapia ocupacional en larga estancia y en la unidad de rehabilitación I, II y III (media estancia) es sobre lo que se va a centrar mi exposición.

La ubicación de los pacientes en larga estancia, rehabilitación I, II y III depende actualmente de una escala de valoración, hoy todavía pendiente de validar empíricamente, que se ha tomado como referencia para «medir» las posibilidades de reinserción de un paciente. Es una escala de valoración para todos los profesionales no solamente para los terapeutas ocupacionales en la se recoge información relacionada con los siguientes aspectos del paciente:

1. Aspectos relacionados con la enfermedad (presencia de alucinaciones, delirios...)
2. Aspectos relacionados con el tratamiento médico (medicación y efectos secundarios de la misma...)
3. Recursos personales (capacidades cognitivas, habilidades sociales...)
4. Soportes familiares y sociales con los que cuenta un paciente (si tiene vivienda, pensión, apoyo familiar).

Cada uno de estos aspectos se mediría con una puntuación de 0 – 100. En los aspectos en los que un paciente consiguiese menor puntuación habría que trabajar el tratamiento individualmente. Por otro lado, esa puntuación nos daría una puntuación total también sobre 100. Los pacientes que consiguiesen puntuaciones más bajas se considera que tienen menos posibilidades de

vivir fuera de una institución total u se les ubicaría en la unidad de larga estancia. Los que mayor puntuación saquen se considera que tienen más posibilidades de residir fuera de la institución, aunque sea en un piso protegido, o que puedan volver a su domicilio y se les ubica en las unidades de rehabilitación I, II y III.



En este gráfico se puede observar cómo varía las distintas puntuaciones de diferentes pacientes según niveles y ubicación dentro del hospital.

2. ASISTENCIA AL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Uno de los primeros elementos en los que se ha estado trabajando para cambiar la organización del departamento de terapia ocupacional ha sido la asistencia regular de los pacientes a terapia ocupacional. Ha sido un trabajo de coordinación con distintos profesionales en los que se ha invertido mucho esfuerzo. Este trabajo ha ido enfocado a conseguir tres objetivos fundamentalmente:

1. Adquisición de la rutina por parte del paciente de asistir a terapia ocu-

pacional, cómo una rutina más a integrar.

2. Asegurarse la adhesión del paciente al tratamiento de terapia ocupacional.
3. Concienciar al paciente de responsabilizarse de su tratamiento.

Me gustaría resaltar porque nos ha parecido tan importante la adquisición de la rutina de acudir al departamento de terapia ocupacional. Parte del tratamiento del paciente que está ingresado en el hospital consiste en establecer **rutinas**, de tal manera que el intentar reproducir una rutina de vida «normal» forma parte de su tratamiento. Así el levantarse a una hora determinada, asearse, vestirse, desayunar, acudir a terapia ocupacional o a otros tratamientos, comer, descansar, cenar, supone adquirir unos **hábitos estables**, y esta es-

tabilidad en los hábitos supone ya un tratamiento. Además esto supone acercar la realidad que todos vivimos al enfermo mental. De todos nosotros se espera del niño que acuda a la escuela, del estudiante que estudie, del adulto que vaya a trabajar, y el **trabajo** del enfermo mental es que acuda a terapia ocupacional o a los tratamientos específicos que le corresponden. Es así como se le presenta al enfermo parte de la realidad en la que participa que viene determinada por el contexto en el que se encuentra: el hospital psiquiátrico.

No siempre uno quiere ir a trabajar, o a estudiar o a la escuela, nos ha pasado a todos, pero la realidad es que a pesar de eso nos levantamos y cumplimos con las expectativas que se espera de nosotros, eso nos hace por un lado ser más maduros y poner en funcionamiento nuestras propias capacidades, asumir nuevos retos, relacionarnos con gente y por otro perder los privilegios en el que estábamos inmersos.

El enfermo mental ingresado le ocurre lo mismo, no siempre quiere cumplir con su tratamiento ya que eso supondría poner en cuestionamiento sus capacidades, afrontar nuevos retos ya no es el «pobre enfermo mental» que no puede decidir y que todo el mundo decide por él y por tanto no puede asumir responsabilidades, ahora es un enfermo que se pone en tratamiento, asume la **responsabilidad** de intentar cambiar su situación, o por lo menos eso se pretende, por eso algunos de ellos participan de forma obligatoria, ya que, por las razones que sea, no desean asistir. Sólo esto, el que no sea por voluntad propia la asistencia a terapia ocupacional va a provocar que el paciente vaya con miedo, desconfianza de manera desafiante al departamento, y esto podrá provocar la aparición de síntomas positivos (delirios, hetero o auto agresividad,

conductas manipulativas, boicot en el grupo...). Esto va a suponer que el terapeuta que esté presente tenga que manejar constantemente este tipo de comportamientos de ahí que haya que estar constantemente trabajando a modo grupal, o a modo individual el **vínculo terapéutico** y hacer **contención psíquica**. Para trabajar esto no se puede realizar de manera individual o sólo a nivel de departamento de terapia ocupacional, sino que habrá que trabajarlo en coordinación con el resto de los profesionales que intervienen y en este punto donde mayores conflictos y mayor trabajo hemos tenido.

Este abordaje terapéutico está basado en las ideas de contención psíquica de Winnicott, teoría del vínculo de Pichon-Rivière, concepto de paciente identificado según la terapia familiar sistémica en la que estaríamos refiriendo autores como Minuchin, Cancrini, Bowen.

Unidad de larga estancia

Para conseguir la asistencia de los pacientes de larga estancia al departamento de terapia ocupacional se van a emplear técnicas de modificación de conducta

En estos pacientes la capacidad de autonomía es poca, son muy dependientes, suelen tener un nivel cognitivo bajo, tienen poca iniciativa. Con ellos se emplea el refuerzo positivo. Consiste en que cuando acuden a terapia ocupacional se les entrega un «papelito», así lo llaman ellos, de asistencia al departamento, en el que se especifica el comportamiento que han tenido: bueno, regular o malo. A cambio ellos entregan el papelito en la planta y le dan el dinero que les corresponde o no para gastar ese día. Se habla con ellos acerca

del comportamiento que han tenido y se les da una referencia clara de por qué han obtenido esa valoración. A ellos se les tiene que quedar claro que esa valoración la han obtenido por un comportamiento concreto que tienen que modificar. Por ejemplo: I. Y. obtiene una valoración de bueno, si el comportamiento es adecuado, regular si no atiende en momentos determinados y malo si además de vez en cuando se sale de la sala o hace gesto y además para hacerlo.

Unidad de rehabilitación I, II y III

Con estos pacientes se diferencian los que tienen asumida la rutina de asistir a terapia, y los que no la tienen asumida. Los que tienen asumida la rutina de asistir a terapia no se les entrega «papelito», ya que se **confía** en que vayan a terapia porque es su responsabilidad y por lo tanto son los suficientemente **autónomos** como para decidir por sí mismos acudir a terapia ocupacional, independientemente del refuerzo que eso supone. Los que no tienen incorporada la rutina se les da «papelito». De esta manera no todos los pacientes son iguales, en unos se confía y en otros no, se les da a cada uno una respuesta diferente en función de cómo se relacionen en un hecho concreto, y les ayuda a ellos a conformar su propia identidad y una identidad diferente de la del rol de enfermo.

Otra cosa que ha servido es el hecho de **pasar lista**. Todos los días se pasa lista de los pacientes que tienen que acudir a terapia. Esta acción ha sido muy eficaz, por dos razones: una porque se hace también en la planta, y ofrece una coherencia entre lo que ve en un sitio y lo que ve en otro, que le supone al paciente el saber cómo se tiene que comportar en un lugar y en otro y lo que se

espera de él, eso le da una tranquilidad y le prepara para los siguientes retos que le espera, que esta vez sí que van a ser diferentes dependiendo del profesional con el que esté tratando. Por otro lado, ha ayudado a conformar la unidad grupal, ya que cada uno de ellos es reclamado y si alguien falta se nota su falta y se le echa de menos.

2.2. COMPOSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA LAS UNIDADES DE LARGA ESTANCIA Y REHABILITACIÓN I, II Y III

El equipo de terapia ocupacional para estas unidades está compuesto por:

2 terapeutas ocupacionales: una se encarga de larga estancia y de rehabilitación III, y la otra de rehabilitación I y II.

- 1 técnico en salud mental que se encarga de todas las unidades.
- 2 monitores que se encarga de todas las unidades.

Se atiende un total de 65 pacientes entre las unidades de larga estancia, y rehabilitación I, II y III. 22 son de larga estancia, y 43 son de rehabilitación.

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

En la unidad de larga estancia el terapeuta ocupacional valora a los pacientes y deriva a los mismos a las actividades que son ejecutadas por un monitor y un técnico en salud mental. Acuden 22 pacientes todos los días.

El PERFIL general de los pacientes de larga estancia se caracteriza:

- Presentan un deterioro importante en diferentes áreas cognitivas (cognitivo, motor y conductual)
- Necesitan para su intervención pautas de comportamiento concretas, claras y muy sencillas y ofrecérselas de una manera secuencial.
- Ausencia total de conexión con la realidad.
- Nula capacidad de atención y concentración
- Graves trastornos de conducta

En la relación con estos pacientes es importante tener en cuenta:

- Establecer figuras profesionales de referencia, para establecer vínculos relacionados con la actividad. En un principio mantener la misma terapeuta ocupacional y el mismo monitor o técnico.
- Las actividades terapéuticas se realizarán en una sala determinada (la sala podrá variar dependiendo de la tarea en sí), y en un momento determinado. De esta manera se le ofrece al paciente un encuadre terapéutico en lo concerniente a lo temporal, espacial y personal que le ayuda a organizarse en lo ocupacional.
- Presentarles diferentes actividades (lúdicas, cognitivas, manipulativas, relacionales) en que los pacientes puedan ir explorando sus capacidades, y motivaciones hacia las mismas.

El grupo de larga estancia está a su vez dividido en dos subgrupos:

- Los de nivel más bajo: que tienen menos capacidades cognitivas, menos habilidades sociales y menor capacidad de aprendizaje.
- Los que tienen mayor nivel en los que su capacidad de aprendizaje es mayor.

Los PROGRAMAS que se están llevando a cabo con ellos son:

- Orientación a la realidad
- Movilidad
- Estimulación cognitiva: lecto-escritura
- Plástica
- Ludoterapia

Todos estos programas están divididos en dos niveles. Cada nivel es llevado a cabo por un mismo profesional de referencia. Del nivel bajo se encarga la técnico y el nivel alto el monitor.

Ejemplo de un programa que se está llevando a cabo actualmente:

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Se estimulan áreas como el cálculo, la psicomotricidad fina con la grafía y la escritura, la denominación, la memoria, la secuenciación...

Se desarrollaran dos subprogramas, uno con un grupo de mayor nivel intelectual y otro con un grupo de nivel cognitivo bajo.

Escritura

- Coge el lápiz y hace garabatos
- Repasa puntos con dificultad motriz
- Copia letras
- Escribe todas las letras con mala grafía
- Escribe todas las letras con grafía regular
- Escribe todas las letras con grafía adecuada
- Escribe al dictado
- Redacta documentos con sentido

Cálculo

- Reconoce los números del 1 al 10
- Reconoce los números del 1 al 50

- Reconoce los números del 1 al 100
- Reconoce todos los números
- Escribe los números del 1 al 10
- Escribe los números del 1 al 50
- Escribe los números del 1 al 100
- Suma sin llevar
- Suma llevándose
- Resta sin llevar
- Resta llevándose
- Multiplica por una cifra
- Multiplica por más de una cifra
- Divide por una cifra
- Divide por más de una cifra
- Suma sin llevar decimales
- Suma llevándose decimales
- Resta sin llevar decimales
- Resta llevándose decimales
- Multiplica por una cifra decimales
- Multiplica por más de una cifra decimales
- Divide por una cifra números decimales
- Divide por más de una cifra números decimales
- Realiza todo tipo de actividades aritméticas

Orientación temporo-espacial

- Sabe el año
- Sabe la estación
- Sabe el mes
- Sabe el día del mes
- Sabe el día de la semana
- Sabe la planta en la que vive
- Sabe dónde está su habitación
- Sabe ir a otros recursos del hospital (cafetería, capilla...)
- Sabe ir a Terapia Ocupacional
- Sabe la dirección del hospital
- Sabe la provincia donde vive

Capacidad constructiva

- Dibuja un reloj, pero no las horas correctamente
- Dibuja un reloj con las horas, pero no marca la hora indicada
- Dibuja un reloj y marca las 11 menos 5

Conceptualización

- Conceptualiza menos de 5 parejas
- Más de 5
- Los 10

Atención y memoria

- Repite un dígito de tres
- Repite dos dígitos de tres
- Repite todos los dígitos
- Recuerda una figura geométrica de 3
- Recuerda 2 figuras geométricas de 3
- Recuerda las 3 figuras geométricas
- Recuerda el nombre de 3 compañeros
- Recuerda el nombre de 7 compañeros
- Recuerda el nombre de el monitor y/o terapeuta
- Recuerda una actividad que realizó ayer

Lenguaje

- Comprende órdenes verbales simples
- Comprende órdenes verbales complejas
- Nomina menos de 5 objetos de los 10 señalados
- Nomina más de 5 objetos de los señalados
- Nomina los 10 objetos señalados
- Construye frases simples
- Construye frases complejas

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN REHABILITACIÓN

Los pacientes de rehabilitación no acuden los mismos todos días. Cuando se considera que un paciente tiene que acudir a terapia ocupacional se le hace una entrevista y se ve que días de la semana le convendría más acudir, te-

niendo en cuenta siempre la demanda que traen. Normalmente pese a que la mayoría de ellos no tiene conciencia de enfermedad suelen reconocer que tienen dificultades de atención y de memoria fundamentalmente. Se atiende alrededor de 30 pacientes diarios. Están separados en dos grupos esta vez dependiendo de su ubicación: por un lado los de rehabilitación I y II, y por otro rehabilitación III.

La terapeuta ocupacional valora al paciente y ejecuta la actividad prescrita, siempre junto al monitor y técnico que hacen las funciones de coterapeuta. A parte se deriva a talleres específicos: nuevas tecnologías y cerámica.

El PERFIL estos pacientes se caracteriza por:

- Necesitan una supervisión verbal en todas las actividades de la vida diaria, desde las básicas hasta las instrumentales, las avanzadas y las de ocio. Lo que significa que son independientes pero no autónomos. No saben administrarse su dinero, van de compras de una forma acompañada. No realizan actividades de ocio sin su familia.
- Presentan más trastornos de conducta. De esta manera no presentan dificultades a la hora de expresar sentimientos y opiniones, pero sí a la hora de recibir críticas, ajustarse a normas sociales, respetar diferentes opiniones a las suyas. Suelen ser muy demandantes en tanto a lo que ellos desean y quieren y muestran muchos comportamientos de boicot frente a los límites y normas.

En la relación con estos pacientes hay que tener en cuenta:

- Realizar un encuadre terapéutico muy claro: Dejar claro el objetivo de la ac-

tividad, las personas que participan, la dinámica que va a tener, lo que se les va a exigir, y el papel que va a desempeñar cada uno en esa actividad.

- Dejar siempre la posibilidad de tener algún elemento de negociación desde lo individual y desde lo grupal. Lo que significa que pese al encuadre siempre habrá que tener una cierta flexibilidad.
- Establecer objetivos con el paciente realistas y que el sienta que son accesibles para él y acompañarle en la consecución de esos objetivos. Se trataría más de orientar que de dirigir. Por ejemplo, si establecemos con un paciente que el objetivo a conseguir es la puntualidad en la asistencia, y el paciente no sabe cómo organizarse el tiempo para conseguir ese objetivo, se le darían orientaciones para conseguirla pero la organización de ese tiempo la propondría él.
- También en estos pacientes es necesario que tengan una persona de referencia y la actitud de esa persona tendrá que ser afectuosa y normativa al mismo tiempo.

Los programas que se están llevando a cabo son:

- Prensa
- Deporte
- Dinámica grupal
- Técnicas de estudio
- Salidas de ocio
- Terapia lúdica
- Cerámica
- Informática y nuevas tecnologías

Todas estas actividades se realizan con una metodología grupal. Con esto se pretende que todos puedan por un lado sentirse pertenecientes a un grupo, y por otro desarrollar una identidad en referencia a ese grupo. En todas las actividades hay una participación activa de los pacientes que participan en el mismo grupo, de

tal manera que ellos se sientan artífices de su propio tratamiento ocupacional. El objetivo general del tratamiento de terapia ocupacional va enfocado a que el paciente tome conciencia de sus dificultades y sus capacidades, y que valore con que dificultades se va a encontrar cuando salga del hospital y que estrategias vamos a utilizar para afrontarlas.

PROGRAMA DE TÉCNICAS DE ESTUDIO

DESTINATARIOS

Este programa va dirigido a pacientes que reúnen las siguientes características:

- No tener deterioro cognitivo.
- Ingresados en cualquiera de las unidades de estancia prolongada.
- Con conocimientos de lectura, escritura y cálculo.
- Con sintomatología psiquiátrica estable que no presente conductas agresivas ni disruptivas.

OBJETIVO GENERAL

Ayudar al paciente a organizar el pensamiento en todos los niveles, desde el abstracto al concreto, y proporcionarle herramientas para dicha organización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la capacidad de expresión verbal.

Dirección de contacto:

M.^a Teresa de Julián Fernández
Hospital Rodríguez Lafora
Crtra. Colmentar Viejo Km. 13,800
28049 Madrid
Email: May-te-chu@yahoo.es

- Estimular la lectura comprensiva.
- Ser capaz de organizar la información que se recibe.
- Ejercitar la capacidad de cálculo.
- Estimular el pensamiento convergente y divergente.
- Ejercitar capacidades cognitivas básicas (atención, memoria, capacidad viso-espacial, lenguaje).

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Aprender a subrayar.
- Aprender a hacer resúmenes.
- Aprender a hacer esquemas.
- Aprender a hacer mapas conceptuales.
- Aprender a plantear hipótesis de un problema.
- Aprender a buscar soluciones a diferentes problemas.
- Flexibilizar en operaciones matemáticas básicas.

METODOLOGÍA

El taller se realizará en un aula y tendrá un contexto grupal. Se realizará actividades grupales o individuales dependiendo de la tarea concreta.

ORGANIZACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

La actividad se realizará los lunes de 10:30 a 12:00 en una de las salas de terapia ocupacional.

Referencias

BOSCOLO, L. y BERTRANDO, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

BOWEN, M. (1981). *Esquizofrenia Y Familia*. En D. Jackson (comp.) *Etiología de la esquizofrenia*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.

BOWEN, (1989). *Terapia familiar en la practica clínica*. Ed. Descleè de Browe. Bilbao.

MINUCHIN, S.(1989). *Familias y terapia de familia*. Ed. Gedisa. Barcelona

PICHON-RIVIÈRE. *Teoría del vínculo*. Ed. Nueva Visión.

WATLAWICK, P. BEAVIN, J. y JACKSON, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Herder. Barcelona.

WINNICOT (1971). *Therapeutic consultations in child psyquiatry*. In *The Hogarth Press and the Institute of Psycho - Analysis*. London.