

Terapia ocupacional en psicogeriatría

Ana Corregidor Sánchez

Servicio de Salud de Castilla la Mancha

Profesora del CE de Talavera de la Reina (UCM)

Resumen

La atención integral (preventiva, asistencial, rehabilitadora y paliativa,) de los pacientes ancianos con trastornos mentales, afectivos y/o del comportamiento constituye el objetivo principal de los profesionales que trabajan en el área de la psicogeriatría.

Desde una perspectiva multidisciplinar el terapeuta ocupacional es el profesional encargado de valorar, cuantificar y abordar los déficit en el desempeño de las actividades de la vida diaria que esta población presenta.

En el presente artículo se describe el contexto en el que el terapeuta ocupacional desarrolla su actividad profesional en este área. Se analiza por un lado el perfil clínico y ocupacional de los usuarios con patología psicogeriátrica y por otro el perfil institucional que los acoge. Por último son objeto de análisis los programas de intervención ocupacional más ampliamente utilizados en este campo.

Palabras Clave

Terapia ocupacional, psicogeriatría, evaluación ocupacional, estimulación cognitiva, psicomotricidad.

Abstract

The integral attention (preventive, welfare, rehabilitated and palliative,) of the elderly patients with mental disorders, affective y/of the behaviour it constitutes the principal aim (lens) of the professionals who are employed at the area of the psychogeriatric.

From a multidisciplinary perspective the occupational therapist is the professional entrusted to value, quantifying and approaching the deficits in the performance (discharge) of the activities of the daily life that this population presents.

In the present article there is described the context in which the occupational therapist develops his/her professional activity in this one area. There is analyzed on the one hand clinical and occupational profile of the users by pathology psychogeriatric and for other one the institutional profile that receives them. Finally they are an object of analysis the programs of occupational intervention more widely used in this field.

Key Words

Occupational therapy; Psychogeriatric; Cognitive Assessment , Psycomotricity

1. INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo, la mayoría del esfuerzo clínico y asistencial relacionado con la enfermedad mental ha estado dirigido al segmento más joven de la población. Sin embargo las modificaciones sociodemográficas han provocado un incremento considerable de la población mayor de 65 años y las enfermedades que se asocian con esta etapa de la vida. Es a partir de la mitad del siglo XIX cuando comienzan a aparecer diversos estudios sobre las enfermedades mentales en edades avanzadas. Actualmente se han afianzado especialidades como la geriatría y la psicogeriatría orientadas al abordaje de la problemática y las necesidades específicas de esta población.

La atención preventiva y resolutive de los problemas mentales, emocionales y del comportamiento de los mayores constituye el principal objetivo de la psicogeriatría. Las demencias, las psicosis de aparición tardía (PAT) y los trastornos afectivos componen los cuadros más frecuentemente atendidos por los profesionales que trabajan en psicogeriatría.

La Terapia Ocupacional tiene una fuerte vinculación con la psiquiatría (y por ende con la psicogeriatría), por ser este el campo en el que surgieron las primeras iniciativas ocupacionales como medio de tratamiento. El terapeuta ocupacional, miembro del equipo multiprofesional e inmerso en una filosofía de atención global e integral, es el profesional encargado de valorar, cuantificar y abordar los déficit ocupacionales de estos usuarios.

Desde la perspectiva ofrecida por los marcos de referencia cognitivo-conductual, neuropsicológico y psicomotriz

el terapeuta ocupacional desarrolla sus estrategias de intervención, en las personas mayores con enfermedad mental. El análisis y adaptación de cada actividad, la potenciación de los componentes ocupacionales conservados y la adaptación del entorno al nivel de desempeño del usuario, son las principales herramientas para prevenir y tratar el deterioro progresivo de las áreas y componentes ocupacionales de estos pacientes.

2. PERFIL DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL PSICOGERIÁTRICA

El contexto profesional en el que el terapeuta despliega sus habilidades se define principalmente por el perfil de los usuarios y por el tipo de recurso en el que se encuentra. Las características clínicas y el diagnóstico ocupacional son las variables que más información aportan al terapeuta para comenzar a diseñar actividades y programas de intervención.

El perfil de usuarios que acuden a los departamentos de terapia ocupacional ubicados en las distintas unidades que prestan atención psicogeriatría es doble. En un primer grupo se encuentran los usuarios que han presentado una enfermedad psicótica cuando eran jóvenes y han llegado a la edad geriátrica. En el segundo grupo están aquellos que inician su psicosis en una edad tardía. Se diferencian en este grupo dos variantes: los pacientes que presentan una psicosis claramente orgánica, como una demencia, y aquellos que en los que no aparecen necesariamente factores orgánicos relacionados con la psicosis, como pueden ser las esquizofrenias (también denominada parafrenia tardía) y otros trastornos delirantes de aparición tardía.

Entre ambos tipos el porcentaje alcanza al 10% de la población mayor de 65 años, lo que pone de relieve la importancia del problema.

Los usuarios que han presentado un trastorno mental a una edad estándar, llegan a la edad geriátrica con un deterioro en su desempeño diario afianzado en el tiempo, que ha ido incrementándose a lo largo de toda la vida. Con frecuencia presentan un desempeño insatisfactorio de actividades básicas como la higiene y arreglo personal, la actividad sexual y la movilidad funcional. Hay una fuerte carencia en el manejo de las principales actividades instrumentales como la gestión financiera, el cuidado de su entorno, el uso de recurso socio-comunitarios o el control y mantenimiento de su propia salud. En general no poseen una historia formativa-laboral amplia, probablemente porque el inicio temprano de la enfermedad mental y las circunstancias sociales de la época invalidaron esta posibilidad. El tiempo dedicado al ocio se caracteriza por un aprovechamiento insatisfactorio. Seguramente la institucionalización precoz, ha consolidado en el tiempo los déficit en el desempeño ocupacional de estas personas.

En relación a los usuarios que presentan un trastorno mental de inicio tardío, el diagnóstico médico no está exento de controversias. La dificultad para unificar criterios diagnósticos y establecer los límites entre la esquizofrenia tardía y otros trastornos delirantes con inicio en la tercera edad, se puso de manifiesto en la Conferencia Internacional sobre Esquizofrenia y Psicosis Tardías en Leeds (1998). Los contenidos de esta reunión están contenidos en la publicación *Late onset schizophrenia, an international perspective*.

Howard y Almeida definieron los criterios para el diagnóstico de la parafrenia tardía, que sirvieron como punto de inicio para la detección de casos. Estos criterios se reflejan en la Tabla 1.

La similitud sintomática con la esquizofrenia de inicio precoz es grande aunque no completa. Los delirios persecutorios, las alucinaciones auditivas y visuales son más frecuentes en esta población, mientras que los trastornos formales del pensamiento, los fenómenos de pasividad, el afecto aplanado y los síntomas negativos son más frecuentes en pacientes más jóvenes. Cabe destacar como síntoma casi característico de la esquizofrenia tardía el denominado delirio de tabiques (*partition delusions*): creencia de que alguien o algo está por encima del techo, bajo el suelo o más allá de pared que separa una habitación adyacente e interfiere con la vida y circunstancias del paciente. El síntoma delirante alude a la permeabilidad de las paredes, suelos, techos y puertas para permitir el paso de algún agente dañino.

A nivel ocupacional estos pacientes presentan un desempeño ocupacional más autónomo y variado que el grupo anterior. Normalmente mantienen un desempeño suficiente en las actividades básicas, precisando ayuda en las actividades instrumentales más complejas como el mantenimiento del hogar, el manejo financiero, procedimientos de seguridad y emergencia. Presentan una historia formativo-laboral con estándares normalizados. Conservan intereses y preferencias ocupacionales de ocio, aunque no puedan llevarlos a cabo por la ruptura que ha supuesto la aparición de la enfermedad.

Los trastornos afectivos en el mayor alcanzan al 10-15% de la población mayor de 65 años. Varios autores confirman

el infradiagnóstico e infratratamiento de esta patología en el anciano por la presentación atípica de los síntomas. No suele encontrarse tristeza vital y en su lugar aparecen síntomas somáticos (de carácter intestinal y genitourinario) y cognitivos (pérdida de memoria). La agitación y tendencia a la hiperactividad con ausencia de inhibición psicomotora también suele ser un síntoma característico. El anciano deprimido suele presentar una sintomatología poco intensa y muy inespecífica, tal y como se describe en la tabla 2.

Sin embargo, en la esfera ocupacional las repercusiones de los trastornos depresivos son claras. Hay un abandono voluntario de actividades que anteriormente resultaban placenteras: actividades culturales, viajes, práctica de aficiones, interacción social, descuido de las responsabilidades en el mantenimiento del hogar y el cuidado de otros. Sin existir limitaciones físico-funcionales o cognitivas el anciano precisa ayuda para realizar actividades en las que hasta hace poco tiempo tenían un desempeño independiente. Disminuyen considerablemente los intereses ocupacionales mantenidos hasta ese momento, así como el desempeño en los distintos roles.

Las demencias, en su globalidad, como trastornos mentales orgánicos, terminan de conformar el perfil de pacientes que asisten a los departamentos de terapia ocupacional. Este síndrome que aparece a partir de los 60 años, tiene consecuencias devastadoras tanto para la autonomía del paciente, como para la de sus familiares/cuidadores. El carácter crónico, progresivo e irreversible de los síntomas, se caracteriza por la existencia de déficit de múltiples funciones corticales superiores como la memoria, el pensamiento, la orientación, comprensión, cálculo, capacidad de apren-

dizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro cognoscitivo se acompaña generalmente, de un deterioro en el control emocional y del comportamiento.

El paciente con demencia presenta un deterioro progresivo en su desempeño diario. En la fase inicial de la enfermedad, el paciente comienza a abandonar las actividades que requieren un manejo ejecutivo complejo como el manejo del hogar, los procedimientos de seguridad y emergencia, la utilización de recursos socio-comunitarios (le resulta difícil jugar a las cartas, retener los tantos marcados en un deporte, seleccionar un libro entre varios títulos, aprovechar clases de pintura, teatro, utilizar transporte público o contar billetes y monedas). Progresivamente, otras actividades instrumentales mas simples son las que se ven afectadas (no recuerdan números de teléfonos, compran cosas innecesarias olvidando las imprescindibles, limpia la misma habitación varias veces, se confunde de autobús, etc.). A medida que la enfermedad avanza, los patrones de desempeño básico también se ven deteriorados, siendo necesaria la intervención casi continua del cuidador principal para poder llevarse a cabo sin riesgo para el paciente.

3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN EN PSICOGERIATRÍA

A pesar de la Declaración de Consenso de la División de Salud Mental de la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría junto con otras organizaciones, en (International Psychogeriatric Association, Alzheimer's Disease International, International Union of Psychological Science, World Federation of Mental Health) en la que se recomienda la formación de equipos comunitarios de salud mental especializados en psicogeriatría, así como el desarrollo de unidades es-

pecializadas en este campo, son pocas los profesionales formados en esta área y las unidades creadas. Actualmente, en nuestro país, la psicogeriatría no ha alcanzado el reconocimiento oficial como subespecialidad dentro de la psiquiatría. Tampoco se han establecido los contenidos curriculares de formación, ni se han acreditado centros donde se pudiera realizar esta formación.

De esta situación se deduce la escasez de dispositivos especializados en la atención psicogeriátrica. Los usuarios con este tipo de trastornos son atendidos en unidades dependientes de los servicios de psiquiatría o geriatría hospitalarios, o en recursos dependientes de la red socio-comunitaria como con los centros de día/estancias diurnas o las residencias de ancianos. Estos niveles asistenciales se resumen en la tabla 3.

Entre las unidades dependientes de los servicios de psiquiatría que acogen a pacientes psicogeriátricos se encuentran las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) y las unidades de larga estancia o residenciales. Otros dispositivos como las unidades de media estancia de salud mental (UME) o el hospital de día están orientados únicamente a pacientes más jóvenes. En las instituciones psiquiátricas no hospitalarias, generalmente dependientes de las comunidades autónomas, diputaciones provinciales u órdenes religiosas, existen unidades de psicogeriatría específicas.

La estructura de atención geriátrica, caracterizada por los niveles asistenciales geriátricos (atención primaria, atención hospitalaria, y atención socio-comunitaria) también aborda las necesidades psicogeriátricas, desde distintas unidades. En las unidades geriátricas de agudos (UGA) podemos encontrar camas ocupadas por pacientes psicogeriátricos que han padecido algún proceso

patológico agudo. Las unidades de media estancia (UME) ofrecen la posibilidad de recuperación funcional a aquellos pacientes con patología psicogeriátrica que además han sufrido algún proceso invalidante puntual que ha provocado un descenso en su nivel funcional (ACV, caídas, parkinson, etc.). El hospital de día geriátrico (HDG) no suele acoger a este tipo de pacientes, a no ser que haya un programa específico de atención para ellos.

Las unidades hospitalarias de demencias, son unidades de reciente creación que abordan de forma especializada la problemática concreta de estos pacientes.

Los centros de día psicogeriátricos, la atención domiciliaria y las residencias de ancianos, ya sean liderados por geriatras o psicogeriatras, son los dispositivos que con más frecuencia atienden a estos pacientes.

4. PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PSICOGERIATRÍA: EVALUACIÓN OCUPACIONAL EN PSICOGERIATRÍA

La evaluación inicial es el primer paso del proceso de intervención ocupacional en el paciente psicogeriátrico. La evaluación ocupacional se caracteriza por una búsqueda permanente de información sobre el nivel de desempeño del paciente en cada área ocupacional y en cada actividad. El estado de los componentes ocupacionales, también es objeto de la evaluación ocupacional, principalmente los componentes cognitivos y afectivos.

El principal método de valoración en terapia ocupacional es la observación directa de la realización de las actividades a evaluar, tanto en el medio natural

como el en medio artificial (hospitalario). Los instrumentos de valoración específicos de terapia ocupacional se basan en la observación de cómo el paciente inicia, mantiene y completa la tarea. Esta información determinará si una actividad puede mantenerse realizando igual, si necesita ser modificada, simplificada o precisa la intervención del familiar/cuidador principal.

El modelo cognitivo de valoración e intervención de Allen, diseñado para personas con enfermedad mental ofrece dos posibilidades de valoración estandarizada. Las posibilidades de valoración estandarizadas que ofrece el modelo son dos. El Inventario de Tareas Rutinarias (RTI, Routine Task Inventory, Allen, 1995), mide la ejecución de tareas rutinarias (básicas e instrumentales) como el vestido, baño, la alimentación o el manejo del dinero graduándolas en función del nivel de discapacidad cognitiva. El Test de Ejecución Cognitiva (CPT) proporciona una batería de niveles de ejecución de seis tareas: vestirse, hacer una tostada, manejar el teléfono, manejo de la ropa: lavado, compras y viaje. Organiza la evaluación en relación de la ayuda que hay que prestar para completar la actividad, el examinador modifica las demandas en función de la respuesta del paciente. A partir de estos resultados puede establecerse cual es el nivel cognitivo en el que se encuentra el paciente. Los niveles cognitivos son siete (ACL; desde el 0, estado de coma, hasta 6 compuesto por acciones planeadas).

Desde el Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner pueden utilizarse la entrevista histórica ocupacional y el cuestionario volicional para obtener información precisa sobre la motivación, intereses y valores de paciente. Esta última es una herramienta diseñada para la evaluación de los componentes voli-

cionales en personas con deterioro cognitivo.

Otras escalas de evaluación funcional ampliamente utilizadas en el ámbito geriátrico son el Índice de Barthel Modificado o en Índice de Katz. El primero proporciona información sobre el nivel ejecución y autonomía en diez actividades básicas de la vida diaria (baño, aseo, vestido, relrele, deambulaci6n, transferencias, escaleras, continencia urinaria, continencia fecal y alimentaci6n) aunque no establece ninguna relaci6n con el nivel cognitivo. El Índice de Katz valora 6 actividades de la vida diaria, estableciendo letras desde la A hasta la G para definir el nivel de independencia.

El RDRS (Rapid Disability Rating Scale, Linn&Linn, 1982) es una escala rápida de evaluaci6n que considera actividades básicas, instrumentales, situaci6n sensorial y afectiva. La Medida Global de Capacidad Funcional (Global Measure of Functional Capacity, Fitty JE y Kovar MG, 1987) es un cuestionario descriptivo formado por seis preguntas para cada una de las nueve actividades de la vida diaria. El Test Cm98 de ABVD y AIVD (L6pez Mongil R, 1998), es una escala con 16+2 ítems que se diseñ6 para evaluar la capacidad funcional en las residencias de ancianos, prever la cantidad de cuidados requeridos y detectar precozmente el deterioro cognitivo.

En los últimos años han surgido instrumentos de evaluaci6n integral como el Needs for Care Assessment (MRC) o el Camberwell Assessment of Need for the Elderly. La intenci6n de estos instrumentos es la de unificar toda la informaci6n y orientarla hacia la consecuci6n de la integraci6n socio-comunitaria de estos pacientes.

La entrevista con los familiares/cuidadores principales supone otra parte im-

portante de la valoración. Además de proporcionarnos información sobre la historia ocupacional nos revelarán datos acerca del desempeño actual y previo de las actividades y la velocidad del deterioro. El entorno social del paciente es la mejor fuente de información para describir también el acontecer de los Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPCD) que tanto alteran e impiden la intervención.

5. PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PSICOGERIATRÍA: PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PSICOGERIATRÍA

La razón de ser de la intervención del terapeuta ocupacional en las unidades de psicogeriatría es la de mejorar la calidad de vida de sus usuarios y la de sus familiares. El hilo conductor del abordaje ocupacional es la continua oferta de actividades significativas para el paciente. A través de la realización de estas actividades el usuario mejorará su nivel de adaptación resolutive al contexto en el que vive.

Mantener el funcionamiento global de cada usuario es la mejor arma para combatir la inactividad, la vida camasillón, sentimientos de inutilidad y desesperanza y aparición de conductas problemáticas. Continuar haciendo actividades en la medida de lo posible, contribuye a la orientación general, al establecimiento de rutinas organizadas y a la conservación de la identidad personal.

La utilización de la actividad significativa para el usuario tiene por objeto maximizar la funcionalidad de éste y minimizar los esfuerzos del cuidador. En esta etapa de la vida, en la que se presentan procesos crónicos e irreversibles no

se pretende tanto la rehabilitación del trastorno mental, sino la modificación de la situación psicosocial disfuncional que impide al sujeto desenvolverse de forma satisfactoria en su medio.

Enmarcada en estos principios básicos de atención, el terapeuta ocupacional diseña programas de intervención que intentan dar respuesta a los componentes ocupacionales que se encuentren afectados, esto es componentes cognitivos, psicomotores, afectivos y sociales.

A continuación se describen los programas que con más frecuencia se están llevando a cabo en las unidades de atención psicogeríatricas, descritas en el epígrafe anterior.

5.1. Programas de estimulación cognitiva

Orientación a la Realidad

Es un método de intervención muy utilizado para reducir la confusión y las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación temporal, espacial y personal. Se proporciona información al paciente para que éste reaprenda datos sobre sí mismo y sobre el entorno que le rodea. Se combaten con ello los problemas de confusión y desorientación.

La orientación a la realidad es una forma de ayudar a superar los problemas de memoria a corto y medio plazo y de estimular los componentes cognitivos. Para su aplicación deben quedar capacidades residuales que apoyen la intervención. Se basa en la idea de que la repetición de la información de carácter básico puede disminuir la orientación a la vez que reforzar el aprendizaje.

Se componen de los versiones: orientación a la realidad 24 horas y sesiones de orientación a la realidad. La primera es más básica, consiste en un proceso continuado de realización de actividades a lo largo de todo el día, de tal forma que al paciente se le suministra constante información que le ayuda a orientarse (día de la semana, lugar en el que se encuentra y actividad). Cada vez que un profesional/cuidador interactúe con el le recordará la misma información. Para ello es necesario establecer un programa de actividades que facilite este trabajo y consiga disminuir las ocasiones de desorientación y confusión.

El entorno también ha de modificarse para ofrecer continuas indicaciones orientativas: grandes relojes, calendarios visibles, carteles con las actividades a realizar, letreros en las puertas, fotos/letreros con nombres en las mesas para comer, etc.

Las sesiones de orientación a la realidad forman la parte más formal o intensiva de la técnica. Consisten en sesiones grupales de treinta o cuarenta y cinco minutos donde se trabajan distintos aspectos de la orientación y se fomenta el contacto entre los participantes. Se diferencian tres niveles: nivel básico en el que se tratan y repiten las informaciones actuales, nivel estándar en el que se repasa el nivel básico y se tratan temas actuales y del pasado, y nivel avanzado en el que se establecen temas de discusión sobre acontecimientos actuales.

Para obtener buenos resultados y optimizar el esfuerzo profesional es necesario seleccionar cuidadosamente los pacientes que participarán en las sesiones, se ha de valorar el grado de deterioro del paciente y el nivel de desorientación antes de decidir si tiene interés in-

sistirle en los referentes temporales y espaciales.

Estimulación y Entrenamiento Cognitivo aplicado a la actividad diaria

Este programa recoge diversas técnicas, principalmente cognitivas y de comunicación. Se desarrolla en sesiones diarias de unos 30-40 minutos de duración. Las sesiones pueden planificarse de forma individual o grupal. Si son de carácter grupal es imprescindible seleccionar a los participantes en función del nivel de deterioro cognitivo. Los contenidos son programados semanalmente para ser evaluados de forma precisa.

Las áreas de intervención de este programa son:

Orientación

Atención y percepción

Lenguaje

Habilidades visuomanipulativas

Razonamiento y resolución de problemas y Planificación

Comprensión, Secuenciación

Memoria

Lógica y Cálculo

Percepción

Pensamiento abstracto

Las actividades que se diseñan para cada sesión tienen como objetivo estimular estas áreas de intervención y orientarlas hacia la ejecución de actividades de la vida diaria. Por ejemplo, puede estimularse y entrenarse la orientación espacial con el objeto de que el paciente sepa llegar a su habitación desde el control de la unidad, o encontrar el baño. Otro ejemplo sería el entrenamiento en las habilidades de secuenciación dirigidas a las prendas de vestido.

En esta línea, se están diseñando programas de intervención cognitiva utilizando soportes más novedosos, aunque familiares para el paciente, tal es el caso de la «telerehabilitación». Este programa que utiliza la televisión para la realización de ejercicios cognitivos relacionados con la vida diaria, está dirigido a personas que por circunstancias físicas, geográficas o sociales no pueden asistir a centros especializados para su tratamiento. Las sesiones tienen lugar de forma diaria, y el soporte es la televisión con el mando a distancia. El terapeuta ocupacional adapta y diseña las actividades cognitivas en función del nivel cognitivo del usuario.

Reminiscencia y Revisión de Vida

Las sesiones de reminiscencia se sirven de la comunicación y la socialización para abordar esa parte de la memoria que se encuentra intacta en las fases leves-moderadas de la enfermedad. Aunque se ha cuestionado su utilidad y sus bases teóricas, es una de las actividades más frecuentemente incluida en los programas de intervención.

Fomenta la reactivación del pasado personal y ayuda a mantener la identidad personal a través del recuerdo de hechos generales o particulares de la vida del paciente. Las sesiones son de carácter grupal, y su duración depende del número de participantes, aunque aproximadamente oscila entre los 30-45 minutos. En estas sesiones grupales se evita formular juicios sobre estos recuerdos. No se pretende que los recuerdos verbalizados sean correctos, sino que se hagan presentes y que vayan acompañados de emociones positivas. En definitiva se busca que esos recuerdos constituyan el puente entre el pasado y el presente. Su aplicación genera en el paciente satisfacción por poder recordar, —capacidad habitual-

mente anulada en estos pacientes—, mejora con ello la autoestima, favorece la comunicación y la socialización y crea un sentido de continuidad e identidad.

En la revisión de vida la intervención se centra en facilitarle individualmente al paciente la vía para recordar y evaluar acontecimientos de su pasado. El objetivo es la autoaceptación de la situación actual a través del análisis de la situación pasada.

5.2. Programas de Intervención Psicomotriz

El objetivo de estos programas es el de mejorar/mantener las capacidades psicomotoras necesarias para la realización de las actividades de la vida diaria y evitar caídas. Existen diferentes variantes e relación a las sesiones de psicomotricidad.

Las sesiones de activación psicomotriz se desarrollan en un tiempo no superior a los 45 minutos. La distribución del tiempo de cada sesión es el siguiente: 10 minutos dedicados a la iniciación de la sesión, 20 minutos en el núcleo de la misma y 10-15 minutos para la finalización. En el tiempo de iniciación se realizan ejercicios para familiarizar al participante con el contexto físico en el que se desarrolla la sesión, con los otros participantes y con el material que se utilizará. En el tiempo dedicado al núcleo central se promueven ejercicios para estimular las distintas áreas psicomotrices, como el reconocimiento corporal, la postura, el ritmo, las distancias interpersonales, etc. En la fase final de la sesión se realiza un resumen de los ejercicios realizados y de los objetivos que se han perseguido con la sesión, también se pueden incluir ejercicios de estiramiento suave.

Otra variante de estas sesiones centradas en el movimiento psicocorporal, son las sesiones denominadas de físico-cognitivas, en las que al movimiento corporal se unen actividades cognitivas de atención, secuenciación, orientación, evocación, lenguaje. Suelen utilizarse materiales como pelotas, cintas y pizarra. Cada participante tiene que realizar distintos ejercicios físicos al mismo tiempo que ha de pensar y expresar colores, prendas de ropa, utensilios de cocina, medios de transporte, etc. Estos ejercicios cognitivos estarán en función de la actividad de la vida diaria que el terapeuta vaya a trabajar en cada sesión.

Las tablas/ejercicios de movilidad también son muy utilizadas para mejorar la movilidad de todos los segmentos corporales. Estas sesiones grupales de movilidad tienen una duración de 30 minutos aproximadamente. Los ejercicios se realizan normalmente en dirección céfalo-caudal y repasan todas las direcciones de movimiento posible de cada articulación. El número de repeticiones de cada ejercicios oscila entre 4 y 10, en función de la capacidad cardiorrespiratoria y cognitiva de los participantes. Están dirigidas a pacientes que no pueden realizar las sesiones antes descritas.

Los paseos colectivos o individuales son otra opción psicomotriz dentro de este programa. Su objetivo es el de mantener la capacidad de deambular y al mismo tiempo afianzar el reconocimiento del entorno. Esta actividad esta dirigida a todos los usuarios y puede ser desarrollada por cualquier profesional de la unidad.

Programa de Actividades de la Vida Diaria

El objetivo de este programa es el de mantener en la medida de lo posible la realización de todas las Actividades de

la Vida Diaria que se puedan... El desempeño de estas actividades conforma el día a día del paciente, dando sentido a su existencia, por ello es vital crear un entorno adecuado en el que éste pueda realizar /colaborar en el máximo número de actividades posibles.

Este programa se centra en proporcionar al anciano la sensación de control y autoeficacia, mejorar el uso de conductas sanas y mantener el cuidado de uno mismo, las tareas productivas y el tiempo de ocio. La extensión y complejidad de la intervención dependerán de la intensidad con la que la enfermedad haya afectado al estilo de vida del anciano y de la presencia de comorbilidades.

Las estrategias ocupacionales que de forma más frecuente se emplean en el ámbito geriátrico se clasifican en tres líneas de actuación ocupacional:

1. Evaluación, modificación y adaptación de las tareas que componen los roles valorados y deseados por el anciano.
2. Análisis y Adaptación de las actividades que no pueden realizarse con el nivel de desempeño que el anciano desearía.
3. Valoración y modificación del entorno físico y social según las necesidades del paciente y su familia. Enseñanza de los principios para la selección de utensilios ergonómicos para el hogar y las actividades lúdicas.

Las actividades que con más énfasis se entrenan son las actividades básicas de la vida diaria, principalmente el aseo, el retrete, la deambulación y transferencias (también contempladas en el programa psicomotriz) y la comida. Otras actividades instrumentales, como el manejo del dinero, la medicación o el

cuidado del entorno más próximo, dependerá no solo de la capacidad del usuario, sino de las normas/posibilidades de funcionamiento del centro.

Programa de Actividades de Ocio

El propósito de las actividades que recoge este programa es el de fomentar las habilidades de ocio y disfrute de cada usuario en contextos adaptados. Este programa suele utilizarse como enganche de los nuevos usuarios a la unidad.

Las actividades que con más frecuencia contempla este programa son las actividades creativas o artísticas, lúdicas, sociales, deportivas y culturales. La participación del usuario en estas sesiones de ocio no debe suponer un esfuerzo cognitivo y físico excesivo, pues son momentos para el relax y el disfrute del tiempo.

Las sesiones suelen tener una duración de 60 minutos con descansos intermedios, aunque dependerá de si la actividad se realizando en el interior o el exterior del centro.

Dado que es un tiempo dedicado al disfrute del tiempo libre y a la satisfacción, es fundamental planificar con esmero cada sesión y acomodar las activida-

des al nivel de rendimiento físico, cognitivo y social de cada participante.

CONCLUSIONES

Aunque aún la psicogeriatría no goce del reconocimiento oficial como subespecialidad médica de la psiquiatría, son muchas las iniciativas que se están llevando a cabo por los distintos profesionales que trabajan en este campo.

El terapeuta ocupacional desde su campo de actuación, el empleo de la actividad como agente terapéutico, inicia el proceso de atención con la evaluación de las áreas y componentes ocupacionales del usuario. El diseño de programas de intervención ocupacional tiene en cuenta tanto el perfil clínico y ocupacional del paciente como las normas/posibilidades de funcionamiento del centro.

Los programas ocupacionales que con más frecuencia se llevan a cabo en las unidades de psicogeriatría con los programas cognitivos de estimulación, programas de intervención psicomotriz, programas para el mantenimiento de las áreas ocupacionales (principalmente las actividades básicas) y programas de ocio estructurado y adaptado.

Dirección de contacto:

Ana Isabel Corregidor Sánchez

Terapeuta Ocupacional Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Hospital Provincial de Toledo.

Profesora del Centro de Estudios de Talavera de la Reina.

Universidad de Castilla la Mancha.

Avenida Real Fábrica de Sedas, s/n. 45600 Talavera de la Reina. Toledo

Analabel.Corregidor@uclm.es

Referencias

- AGÜERA, L. F. (1998). *Demencia, una aproximación práctica*. Masson. Barcelona
- BOBES, J.; SAINZ, P.; GONZÁLEZ, M.; BOUSOÑO, M. (1997). *Psicogeriatría*. Aula Médica. Madrid.
- BREWING CR.; WING JK.; MANGEN SP. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychol Med*; 17 (4):971-81
- DURANTE, M.; NOYA, B.; MORUNO, P. (2000). *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Masson. Barcelona.
- DURANTE, M.; TARRÉS, P. (2004). *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*. 2.ª Edición. Masson. Barcelona.
- FERNÁNDEZ DE LARRINOA, P.; Martín, M.; Bulbena, A. (2001). Medición Clínica de la Demencia. *Fondo Editorial Instituto de Investigaciones Psiquiátricas*.
- GÓMEZ, J.; SALVANÉS, R. (2003). *Terapia ocupacional en psiquiatría*. Mira Editores. Zaragoza.
- HOWARD, R.; ALMEIDA, O.; LEVY, R. (1995). Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. *British Journal Psychiatry*; 166, 205-214.
- HOWARD R.; RABINS PV, SEEMAN, M. et al. (2000). International late onset sg. Late-onset schizophrenia and very late onset schizophrenia-like psychosis: and international consensus. *American Journal Psychiatry*; 157, 172-178.
- LÓPEZ, J. L.; LEAL, C.; CARBONELL, C. (2004). *Imágenes de la psiquiatría española*. Editorial Glosa. Barcelona.
- MORIÑIGO, A. (2004). *Esquizofrenia en las personas mayores*. Editorial Glosa. Barcelona.
- MORUNO, P.; ROMERO, D.M. (2005). *Actividades de la Vida Diaria*. Masson. Barcelona
- PARELLADA, E.; FERNÁNDEZ, E. (2004). *Esquizofrenia, del caos mental a la esperanza*. Morales i Torres Editores. Barcelona.
- POLONIO, B.; DURANTE, P.; NOYA, B. (2003). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Panamericana. Madrid.
- REYNOLDS, T.; THORNICROFT, G. ABAS M. et al. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal Psychiatry* 176, 444-52.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2000). *Demencia y Geriatría*. Glosa Editores. Barcelona