

La terapia ocupacional en el ámbito penitenciario: una experiencia concreta

Montserrat Rincón Aguilera

Centro Penitenciario Madrid IV (Navalcarnero)

Resumen

A través de la presentación de una experiencia concreta, lo que se pretende es abrir una vía de exploración fijando nuestros sentidos en un campo hacia el que la Terapia Ocupacional como profesión debería mirar, y ese es el medio penitenciario.

Desde esta ponencia espero despertar, al menos, el deseo de conocer qué se hace actualmente y dar lugar a pensar sobre qué más y mejor se podría realizar, así como generar vías de actuación para que nuestra profesión tenga presencia en el contexto penitenciario.

Para ello partiré de los siguientes focos de atención, tratando de dar a conocer la respuesta a esas cuestiones desde la experiencia del programa en el que me ubico y desde mi visión personal:

1. Un programa de intervención psicosocial (P.I.P.S.) con personas reclusas que padecen enfermedad mental crónica, llevado a cabo en el Centro Penitenciario de Navalcarnero (Madrid):

¿Es compatible la rehabilitación desde una institución a caballo entre el

tratamiento y el mundo jurídico, hiperestructurada, megahermética...?

2. El centro penitenciario como contexto de comportamiento ocupacional:

¿Se puede y/o se debe utilizar este medio social como favorecedor de un desempeño ocupacional óptimo y normalizador? ¿Qué le aporta y qué le resta a la persona para ello?

3. La Terapia Ocupacional dentro de un programa específico de rehabilitación realizado en un centro penitenciario:

¿Tiene cabida nuestra profesión? ¿Cuál será nuestro lugar? ¿Qué le aportamos a la rehabilitación psicosocial? ¿Qué le aportamos al C. Penitenciario? Y, sobre todo... ¿Qué le aportamos a la persona con enfermedad mental crónica que se encuentra privada de libertad?

4. Presentación de caso práctico:

¿Es posible el trabajo interdisciplinar participando también la Terapia Ocupacional?

Palabras Clave

Ocupación, terapia ocupacional, proceso ocupacional, desempeño ocupacional, satisfacción vital, proceso rehabilitador, contexto penitenciario, institución, externalización.

Abstract

Across the presentation of a concrete experience, which is tried is to open to one way of exploration fixing our senses to a field towards the Occupational Therapy like profession would must to watch, and that is the penitentiary environment.

From this communication I hope to wake up, at least, desire to know what is at the moment made and give rise to think about what it could be achieve more and better, and the way to generate ways of performance to our profession has presence in the penitentiary context.

For it I'll start from the following focus of attention, (treating to present the answer those questions from the experience about the program in which I'm located and from my personal vision):

1. A **program of psycho-social intervention (PIPS) with secluded people who suffer chronic mental disease**, carried out in the Penitentiary Center of Navalcarnero (Madrid):

Can be adapted a program of rehabilitation to a closed environment? Is the rehabilitation compatible from an hyperstructured institution between the treatment and juridic field?

2. **The penitentiary center like context of occupational behaviour:**

Is possible or it would must to use this social environment like an optimal occupational redeeming? What it contributes to the person and what it reduces to him?

3. The **Occupational Therapy within a specific program of rehabilitation made in a penitentiary center:**

Has our profession a place in this field? Which is it?

What are we contributing to the psycho-social rehabilitation?

What are we contributing to the penitentiary center? and above all..., what are we reaching to the person with a chronic mental disease who is deprived of freedom?

4. Presentation of a **practical case:**

Is possible the interdisciplinary work?

Key words

Occupation, occupational therapy, occupational process, occupational performance, life satisfaction, rehabilitation process, penitentiary context, institution, externalisation.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL (P.I.P.S.) CON PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA. CENTRO PENITENCIARIO DE NAVALCARNERO (MADRID-IV)

1. EL MEDIO: CENTRO PENITENCIARIO

Cualquier centro penitenciario está inscrito en una institución cerrada, jerarquizada, con una serie de procesos cla-

ves y exclusivos, con una estructura organizativa y administrativa concreta a la par que compleja. Esto es así tanto si hablamos de lo que representa un centro penitenciario como institución y como espacio físico-social de vida durante un tiempo determinado de la misma.

Los aspectos anteriores conforman un contexto determinado para las personas que viven dentro de él y para las que desempeñan su trabajo, ya sea de seguridad, de tratamiento, de gestión.

Para el interno supone un contexto hipercontenedor por un lado (encuadra, marca pautas, da cobertura a necesidades básicas...), promotor por otro (educación, atención social...) y repressivo-carencial por otro (disminuye cantidad y calidad de relaciones sociales, acelera mecanismos de indefensión aprendida, disminuye el desempeño autónomo y la elección propia, etc.)

Sin olvidar que la piedra angular de este contexto es la privación de libertad, suponiendo en sí misma una imitación al proceso creativo, exploratorio y madurativo de la persona.

Notable es la incidencia de todos estos factores en cualquier interno y especialmente observable en las personas que padecen enfermedad mental. De tal modo, provocan que la sintomatología ya existente se vea incrementada en algunas ocasiones y en otras que florezca por primera vez en el medio penitenciario. En ambos casos, en la persona se acelera y potencia el deterioro que invade todas las áreas de su vida (social, familiar, ocupacional...) y que dificulta la vida normalizada en su medio más inmediato (prisión) y, por supuesto, en el futuro (la calle).

2. EL PROGRAMA: P.I.P.S.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Programa de tratamiento específico dirigido a personas que se encuentran en prisión, en el régimen de vida ordinario del C.P., que padecen enfermedad mental crónica.

Criterios de inclusión (trastorno mental grave y crónico, cronicidad del deterioro, no fase aguda, receptividad al tratamiento, período mínimo para excarcelación de 8-12 meses).

Cumple la filosofía de la Rehabilitación (al igual que otros recursos de intervención psicosocial de la calle):

- Está basado en el modelo de vulnerabilidad al estrés y el enfoque de competencia social, utilizando en su intervención diferentes marcos de referencia desde las disciplinas participantes (dinámico, humanista, cognitivo-conductual, de la actividad humana).
- Trata de frenar el deterioro..
- Recuperar capacidades..
- Insertar en una red asistencial normalizada..
- Alcanzar vida autónoma por los usuarios.
- Adaptación al entorno : inmediato (C.P.) y posterior (calle)

Ubicación del P.I.P.S. dentro del C.P.

Su puesta en marcha fue hace casi 5 años tratando de dar cobertura a una necesidad en Instituciones Penitenciarias (I.I.P.P.) (internos con enfermedad mental). Su financiación es a través de subvención del Ministerio de Asuntos Sociales y la gestión corre a cargo de INTRESS (empresa de servicios sociales). El personal pertenece tanto a I.I.P.P. como a INTRESS.

- Equipo mixto (personal del C.P. y de la empresa gestora): 1 psicóloga, 1 psicóloga-coordinadora, 1 trabajadora social, 1 educador y 1 terapeuta ocupacional.
- No dependiente del C.P. en cuanto a funcionamiento intraequipo, teniendo su propia organización, lógicamente adaptada y en conexión con el engranaje general del C.P.
- Coordinación con todos los equipos de tratamiento de cada módulo, con cada sección, departamento, etc. del C.P.
- Movilidad por todo el centro, lo que permite conocer, aprovechar y normalizar la vida del usuario dentro del C.P.

ESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN

El P.I.P.S. se hace cargo del interno usuario del programa en lo referente al desarrollo del proceso de Rehabilitación Psicosocial, complementando el tratamiento farmacológico que queda pendiente del equipo médico del C.P.

Las fases generales del proceso de atención son:

1. **Derivación:** la realiza el equipo de tratamiento y/o médico del centro. El P.I.P.S., tras una recogida de información previa, realiza una entrevista con el interno donde se valora si es o no susceptible del programa. Si cumple criterios de inclusión se le da de alta y se le asigna tutor.
2. **Evaluación Inicial:** Se inicia este proceso con el fin de reunir información sobre déficits y capacidades de la persona en las distintas áreas de su vida (social, autocuidados, conciencia de enfermedad, familiar, ocio, psicopatología...). Esta información se consigue a través de entrevistas individuales, pruebas, cuestionarios y observación. La realiza la

Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional, teniendo en cuenta a su vez la información sociofamiliar que transmiten los Trabajadores Sociales y el resto de profesionales asignados al módulo correspondiente (educador, funcionario de vigilancia, médico, etc.)

3. **Plan Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.):** Supone el vehículo para desarrollar el trabajo de intervención y que éste sea multiprofesional y consensuado. En él participan tanto los profesionales que han realizado la evaluación como el resto del equipo del programa. Se plantean objetivos a corto, medio y largo plazo junto con las técnicas y estrategias de intervención para conseguirlos. Se contrasta con las expectativas del usuario y se llegan a acuerdos con él.
4. **Intervención:** Consiste en la puesta en práctica del P.I.R. Fundamentalmente se centra en la inclusión en los diferentes grupos terapéuticos y en intervenciones individuales (desde los distintos profesionales) y tutorías.

Las actividades grupales de intervención son: aula de tiempo libre, ocio y tiempo libre, autocuidados, psicomotricidad, autocontrol, educación para la salud, habilidades sociales y preparación de libertad.

5. **Seguimiento:** Consiste en el trabajo final dentro del protocolo de actuación y se entendería en dos sentidos:
 - Seguimiento y apoyo hasta la vinculación del usuario con el recurso necesario de la red externa, una vez en libertad definitiva o condicional.
 - Seguimiento y apoyo a la generalización en el exterior de los objetivos alcanzados en el C.P., lle-

vado a cabo sobre todo en permisos.

3. TERAPIA OCUPACIONAL EN EL P.I.P.S.

PARTICIPACIÓN DEL T.O. DENTRO DEL P.I.P.S.

El T.O. participa en la dinámica habitual del programa como miembro del equipo multiprofesional en los siguientes aspectos:

- **Valoración de inclusión** de un interno en el programa tras haber sido derivado por personal del centro.
- **Evaluación Inicial** desde T.O.
- Elaboración del **P.I.R.** desde la T.O. (en sesión conjunta con todo el equipo)
- **Tutoría:** seguimiento del P.I.R. y derivación a otro profesional del equipo.
 - Coordinación con otros profesionales del programa
 - Coordinación con otros profesionales del C.P.
 - Coordinación con otros recursos extrapenitenciarios.
 - Coordinación con familiares.
- **Coordinación con resto de profesionales del programa:**
 - intervención compartida
 - reuniones de equipo
 - informes
 - consultas de intervención específica
 - sesiones clínicas
 - sesiones de aprendizaje interno...
- **Intervención terapéutica** desde T.O.:
 - Individual
 - Grupal:

Hermanando la filosofía de la Rehabilitación Psicosocial y la de T.O. se ha hecho un estudio específico del medio social inmediato (prisión) comparándolo con el medio social futuro (extrapeni-

tenciario: la calle) pudiendo adaptar de forma más acertada el medio y las actividades, con el fin de llevar a cabo y lograr el desempeño óptimo de los diferentes roles y el equilibrio ocupacional de los usuarios del P.I.P.S. De este modo, el CP se entiende como el medio social más inmediato (pero no definitivo), donde se encuentran los diferentes recursos sociosanitarios, de ocio, de culto, etc. así como las personas que representan y coordinan esos recursos. Todos estos profesionales forman parte de un engranaje constitutivo de una red social singular; es a través de esas figuras como se accede a las instituciones, al igual que a cualquier proceso burocrático que se necesite del medio social extrapenitenciario.

Por tanto, utilizando adecuadamente lo que la institución posibilita y subsanado lo que dificulta en cuanto al desempeño de ocupaciones y la recuperación de capacidades, la TO proporciona al interno una herramienta de cambio personal.

El tema de la familia merece mención aparte por ser un aspecto muy característico de un C.P. dado que, aún siendo un apoyo tan importante para una persona, el contacto que el interno establece con su familia viene determinado desde fuera (Reglamento Penitenciario) de forma muy pautada y limitada tanto en periodicidad como en duración, cuando para alguien que vive en la calle ese contacto depende más de sí mismo (dejando al margen otros factores de relación que existen en uno y otro lugar).

PROCESO DE EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

El enfoque dado actualmente a la T.O. en este programa es el del Modelo de

Ocupación Humana como forma de entender al usuario y su desempeño ocupacional desde una visión holística y en ese sentido fundamentar la intervención. No obstante y dado que las limitaciones nunca fueron buenas, añadido al hecho de que existen tantas formas de presentación de la enfermedad y de recuperación de la misma como personas habitamos, se hace uso tanto de las bases teóricas como de las herramientas de evaluación-intervención de otros modelos y marcos de referencia (Mosey, análisis detallado de la actividad, cognitivo, conductual, analista, humanista)

EVALUACIÓN INICIAL

Una vez que se le ha incluido en programa se comienza la Evaluación Inicial.

En ella, lo que se valora desde Terapia Ocupacional está centrado en explorar el pasado, el presente y las expectativas de futuro del usuario (**sujeto**) en todas las áreas de su vida diaria (auto-cuidados, cuidados del entorno, ocio individual y grupal, relaciones sociales, amistades y familiares, trabajo, aficiones, gestiones, desplazamientos....) y en base a los tres pilares siguientes:

1. Volición: —Causalidad personal (autoconcepto, valoración de su desempeño ocupacional, valoración personal de sus capacidades, limitaciones, éxitos, fracasos, grado de autonomía en las decisiones, en la elección de ocupaciones..)
 - Intereses (Motivación hacia intereses personales de trabajo, familia, ocio, colaboraciones...)
 - Valores (Importancia de, conceptos de vida, mantenimiento de valores personales, con qué se siente y ve necesario com-

prometerse, a qué principios de vida le da importancia..)

2. Habitación: —Hábitos (Estructuración de la ocupación, rutinas de vida que lleva a cabo, grado de autonomía en este aspecto..)
 - Roles (Funcionamiento como, existencia de una definición clara en cuanto a competencias de esos roles, definición de la prioridad de roles a desempeñar y a recuperar, cumplimiento de expectativas sociales y personales...)
3. Ejecución: Habilidades (Calidad de realización, nivel de eficacia, nivel de satisfacción...en su desempeño ocupacional desde un plano personal y social, grado de autonomía en ese desempeño...) En relación a los componentes de ejecución: sensoriomotor, cognitivo y psicosocial.

Por otro lado, se exploran los eventos críticos de vida (inicio de enfermedad, comisión de delito, abandono de padres, etc.) y la incidencia de ellos en la valoración personal que hace de su vida y en el desempeño ocupacional mencionado. A su vez, se explora sobre las expectativas de vida futuras: si existen, si trabaja hacia ellas, si cumple con las responsabilidades que conllevan esos cambios, etc.

A su vez se indaga sobre cómo han sido los **ambientes ocupacionales** a lo largo de su vida y en el curso de su enfermedad

Esta recogida de información se realiza a través de Entrevista de Historia Ocupacional por un lado y del Perfil Narrativo de vida, que se obtienen por medio de entrevista directa y guiada, obteniendo el gráfico de vida (valo-

rando desde una visión subjetiva los datos objetivos analizados).

De esta Evaluación Inicial se arrojan los datos prioritarios (de pasado, presente y expectativas) para plantear los objetivos de intervención a corto y medio plazo de Terapia Ocupacional.

Cuando la situación lo permite, toda la información en cuanto a desempeño ocupacional y dinámica del usuario en el hogar se contrasta con la familia con entrevista bien en el C.P. bien en el domicilio (siendo muy poco usual)

PARTICIPACIÓN EN PIR

Las conclusiones de la evaluación se llevan a reunión de equipo, donde se realiza el Plan Individualizado de Rehabilitación, aportando conclusiones y objetivos tanto desde terapia ocupacional como desde las otras disciplinas, de tal modo que se consensúa en equipo cuáles son los aspectos a intervenir desde el plano individual y el grupal y qué profesionales lo van a llevar a cabo en las diferentes etapas del proceso terapéutico. A continuación su tutor le da a conocer el P.I.R. y se acuerda con él su aprobación.

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Grupal

- Autocuidados
- Ocio y Tiempo Libre
- Psicomotricidad.
- Deporte
- Preparación de Libertad
- Trabajo Cognitivo a Través de la Actividad

Cada grupo tiene sus destinatarios, así como sus objetivos de rehabilitación y su metodología de trabajo

Individual: Dependiendo de lo marcado en el PIR, la TO habrá de incidir, utilizando la actividad como principal medio, sobre los objetivos de rehabilitación individuales.

Tanto a través de metodología grupal como individual, la terapia ocupacional gira en torno a la exploración y recuperación de: **Intereses, valores, hábitos, roles, nivel de ejecución ocupacional**, etc. tanto actuales como pasadas y teniendo en cuenta condiciones ambientales y expectativas actuales y futuras.

Es decir, se interviene sobre:

- El Sujeto :
 - Intereses / valores
 - Hábitos
 - Nivel de ejecución (cumplimiento de roles)
- Ambiente ocupacional o Contexto de Ejecución :
- **Aspectos Temporales:** Edad cronológica, edad de desarrollo, ciclo de vida, status (gravedad) de la discapacidad)
- **Entorno:** Físico, social y cultural
- Componentes de ejecución (exigencias dadas por la propia actividad)
 - A. Componente Sensomotor (La habilidad para recibir estímulos, procesar información, producir una respuesta): Integración sensorial, neuromuscular, motor.
 - B. Integración cognitiva y componentes cognitivos (La habilidad para usar las funciones superiores)
 - C. Habilidades Psicosociales y componentes psicológicos (La habilidad para interactuar en la sociedad y procesar emociones):

Psicológicos, sociales y manejo de sí mismo.

— Áreas ocupacionales:

- A. Actividades de la vida diaria (Automantenimiento): *El resultado de la actividad revierte sobre la propia persona*: higiene personal, cuidado de objetos personales, vestido, alimentación, mantenimiento de la salud, movilidad en la comunidad, movilidad funcional, comunicación funcional, respuestas a situaciones urgentes, expresiones sexuales.
- B. Trabajo y Actividades Productivas (Actividades con propósito, el autodesarrollo, contribución social y sustento) : *El resultado de la actividad revierte también en otros y con otros*: manejo del hogar (cuidado de la ropa, limpieza, preparación de comida, hacer las compras, manejo del dinero, mantenimiento de la casa, control de riesgos), cuidado de otros, actividades educativas, actividades vocacionales (exploración vocacional, adquisición de empleo, ejecución del empleo o trabajo, planificación de jubilación, participación en voluntariado)
- C. Actividades de Ocio y Juego (Realizar actividades intrínsecamente motivadoras como entretenimiento, relajación, diversión espontánea o expresión personal): *El resultado de la actividad puede revertir en otros y se puede realizar con otro (o individualmente)*: Exploración de juego/ocio y desempeño de juego/ocio.

— Relación: ocupación—sujeto—ambiente ocupacional: **equilibrio ocupacional**

EVALUACIÓN CONTINUADA

A lo largo de todo el proceso de intervención se realiza una evaluación continuada de todo lo visto anteriormente y de áreas concretas (por ejemplo el cuidado de la celda en el área productiva, o la definición y elección de intereses de ocio en el área de ocio, etc.) y aspectos muy determinados (por ejemplo creencia en sus capacidades dentro de los componentes de ejecución psicológicos, o autoevaluación de capacidades/dificultades para llevar a cabo el rol de hermano desde el C.P.).

Todo esto en función de los objetivos de rehabilitación ocupacional establecidos inicialmente y de los observados a lo largo del proceso para ir estableciendo y modificando con ello y junto con el equipo y con el acuerdo del usuario, los objetivos a seguir trabajando y las estrategias a utilizar para alcanzarlos.

Debemos **evaluar de forma continuada** el desempeño y la relación que establece la persona con la ocupación, con su entorno y consigo mismo **para ir llegando a un acople y ajuste de los tres factores** que permita a la persona **alcanzar un desempeño ocupacional óptimo, satisfactorio y de acuerdo con expectativas reales y alcanzables**.

HERRAMIENTAS

La **actividad**, como se apuntaba en páginas anteriores, es **fin** y **medio** en la T.O.

La actividad como medio nos sirve como herramienta y/o técnica de intervención y evaluación (al igual que otros profesionales hacen uso de fármacos, de técnicas de autocontrol, etc.) **A través de la actividad, por tanto, analizamos, graduamos y modificamos, en definitiva, adaptamos la actividad para**

llegar a desempeñar óptimamente una ocupación. En este momento la actividad se convierte en fin, en objetivo.

Desde esta conceptualización la utilizaremos como vehículo que nos permita llegar a la medición y la interpretación clínica de lo observado (como se ha comentado: componentes de ejecución de la actividad, contexto, capacidades de ejecución de la persona, influencia de unos factores en otros).

Para la medición e interpretación clínica nos serviremos de otras herramientas que giran en torno a la actividad, como son:

- ACIS (Cuestionario sobre comunicación e interacción) (Kielhofner)
- Autoevaluación de funcionamiento ocupacional (Kielhofner)
- Análisis de tareas (Impacto Ambiental) (Kielhofner y Gómez Tolón)
- Listado de roles e intereses (Kielhofner)
- Autorregistros : cuadros, narraciones, dibujos, gráficos..
- Análisis funcional de nivel ocupacional
- Descripción de tareas y rutinas.
- Análisis detallado de la actividad.
- Etc.

ALTA EN TERAPIA OCUPACIONAL

El **alta** en terapia ocupacional lo valoraremos en el momento en que:

- El usuario ha alcanzado los objetivos o lo que es lo mismo los objetivos globales posibles de alcanzar en el recurso no necesitan de la terapia como herramienta de trabajo. Igualmente cuando, a pesar de que lo todavía alcanzable en el recurso sí contempla la terapia ocupacional el usuario ha llegado a su máximo de posibilidades, esto es, ha conseguido

do un desempeño ocupacional óptimo para su vida diaria, aunque no cumpla las expectativas sociales.

- El usuario no vea conveniente mantener esa intervención.
- El usuario sea dado de baja en el programa
- Trasladen al usuario a otro centro o se cumpla su condena.

CASO PRÁCTICO (GRUPAL)

ACTIVIDAD DE GRUPO: MURAL COLECTIVO «YO, ESE HOMBRE FELIZ»

TÉCNICA UTILIZADA: Grupo de trabajo centrado en la tarea, donde los trabajos individuales se integran en la obra grupal (Sánchez Cucci, L. 1996)

ANÁLISIS SIMPLE DE LA ACTIVIDAD

Descripción de la actividad

- Se le explicará a los participantes en qué se basa la actividad. Y cómo va a ser su desarrollo, mostrando el boceto del mural colectivo final.
- A continuación se le da cada miembro una tarjeta en la que aparece una pregunta que cada uno tendrá que responder por separado en la parte trasera de la tarjeta. La parte inicial de la pregunta es la misma en todas las tarjetas y varía el final, de este modo:

«¿Qué debo hacer y conocer para...
conseguir y mantener un trabajo
cuidar mi casa
cuidar a otras personas
conseguir y mantener una familia
estar sano físicamente
estar sano mentalmente
conseguir y mantener relaciones sociales gratificantes
disfrutar el tiempo libre

resolver mis asuntos (económicos, legales, médicos..)

- Una vez han respondido por escrito todos por escrito todos, cada uno irá leyendo su tarjeta y se discutirá en grupo sobre lo dicho en ella, aportando más ideas, concretando otras, etc.
- A continuación cada uno pegará en el mural la tarjeta en su lugar correspondiente. El mural acabado representará lo siguiente: en el centro una foto de ellos; rodeando a la foto y en los extremos del mural habrá pegatinas donde están escritos todos los ítems a los que se referían las preguntas de las tarjetas individuales. De la foto hacia las pegatinas habrá unas flechas direccionales. Sobre éstas y en el lugar correspondiente se pegarán las tarjetas individuales, de tal modo que aparezcan las respuestas dadas como el camino de aprendizaje y acción que ha de realizar una persona para poder desarrollar su vida de forma autónoma (conseguir y mantener trabajo, familia, relaciones sociales...)
- Finalmente se cerrarán las sesiones con conclusiones referidas a los objetivos planteados y al proceso de elaboración de la actividad.

Actividad como medio y como fin (objetivos)

— Como fin:

- Conseguir llevar adelante un trabajo grupal, siendo capaz individualmente de aportar cosas al grupo.

— Como medio:

- Facilitar el análisis sobre lo que uno debe saber y hacer para ser capaz de desempeñarse de forma autónoma en las diferentes áreas vitales.

- Potenciar la asociación de ese análisis con el hecho de encontrarse en prisión y de estar afectado por un trastorno psiquiátrico.
- Fomentar la búsqueda de estrategias para mejorar su bienestar físico y mental y, por tanto, el mejor manejo personal.

Área ocupacional:

Automantenimiento

Componentes de ejecución:

— Psicosociales:

- Habilidades de relación: saber dar opiniones, pedir cosas de forma asertiva, escuchar críticas, respetar opiniones y límites interpersonales, etc.
- Manejo personal: tolerar la frustración, esfuerzo sostenido, control emocional, autoconocimiento, reformulación de expectativas de vida,...

— Cognitivos:

- Pensamiento divergente, formulación de ideas, resolución de problemas, iniciar y acabar una actividad, representación gráfica...

— Sensomotores

- Percepción de las cosas en el espacio, coordinación óculo-manual, manejo de nuestro cuerpo por el espacio

Graduación de la actividad:

La dificultad de esta actividad para que resulte terapéutica se puede marcar en la complejidad del mural, en el nivel de discusión grupal, en el tiempo de realización, en el nivel de autonomía exigido a los participantes para su realiza-

ción, etc. dependiendo de qué componentes de ejecución y qué objetivos queramos trabajar especialmente

Demandas ambientales:

- **Físicas:** El espacio físico en el que se desarrolla la actividad nos exige de una mayor concentración, ya que es prisión (ritmo de vida menos activo) y además una sala en la que la disponibilidad de material no es fácil
- **Culturales:** Dentro de la acepción de privación de libertad, existe la finalidad de rehabilitación. Por tanto, esta actividad se enmarca dentro de ese contexto cultural (aunque en la práctica no se apoye todo lo necesario)
- **Sociales:** Este tipo de actividad no es demandada ni por los internos ni por los profesionales, por ello les cuesta más ubicarla en su vida diaria.

Material necesario:

- 1 Cartulina grande
- Tarjetas de papel
- Bolígrafos
- Rotuladores
- Pinturas de colores
- Pegamento de barra
- Mesas y sillas

CASO PRÁCTICO (INDIVIDUAL)

ORGANIZACIÓN

1. Recepción del caso por el programa
2. Entrevista de valoración (¿inclusión?)
3. Evaluación Inicial:
 - De terapia ocupacional
 - De otras disciplinas

4. Elaboración del PIR:
 - Desde el equipo (general)
 - Desde la terapia ocupacional (dentro del PIR general)
5. Intervención y evaluación continuada
6. Resultados

RESUMEN DATOS TRAS LA RECEPCIÓN DEL CASO Y LA ENTREVISTA DE VALORACIÓN

Varón de 32 años, natural de Madrid y soltero. Estudios finalizados hasta 8.º de E.G.B., con varios cambios de colegio por traslado domiciliario. Diagnosticado de *esquizofrenia paranoide* desde los 15 años y presenta grave deterioro psicosocial.

Hasta los 6 años vivió al cuidado de una señora dado que la madre no se podía hacer cargo de él por motivos laborales y el padre había fallecido en la cárcel.

A los 12 años inicia consumo de drogas y alcohol. A los 16 es expulsado del domicilio familiar por malos tratos de la madre hacia él y constantes situaciones conflictivas con agresividad. Vivió una temporada con una tía materna y su abuela, siendo el resultado el mismo. Después llevó vida de indigencia y durante los tres años anteriores a su última entrada en prisión vivió en albergue, recibiendo desde allí tratamiento psiquiátrico y psicosocial.

Ha tenido varios ingresos penitenciarios por delitos relacionados con el robo y el consumo.

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico de **esquizofrenia paranoide**. Inicio de síntomas a los 15 años. Ha recibido tratamiento de forma discontinua en servicios de salud mental y en los diferentes centros penitenciarios, sien-

do el del albergue el de carácter psicosocial.

En el momento de la entrevista se apreciaba **delirio estructurado** en torno a figuras del cine que manipulaban y destruían su vida, generalizándolo en ocasiones a toda la humanidad. Así mismo existía creencia de robo de pensamiento por parte de los demás, sensaciones de despersonalización, con dificultades de reconocimiento corporal, distorsión en la orientación autopsíquica, **ideas autorreferenciales** de daño hacia su persona por parte de internos y profesionales del C.P., miedo al contacto social..

La derivación al programa se hizo desde el equipo técnico del módulo celular (aislamiento), encontrándose ahí voluntariamente, para «protegerse».

EVALUACIÓN INICIAL

Psicólogo:

- WAIS
- STAI
- Inventario de Beck
- Conciencia de Enfermedad
- Autocontrol
- Aparición y manejo de síntomas

Trabajador Social:

- Historia socio-familiar

Terapeuta Ocupacional:

- Perfil narrativo de vida (Kielhofner)
- Historia Ocupacional (Kielhofner)

Educador:

Observación en grupo Aula de Tiempo Libre

PIR

OBJETIVOS INICIALES:

- Aumentar conciencia de enfermedad—T.O. + Psic.
- Garantizar adherencia al tratamiento médico-psiquiátrico—Psic.+T.O
- Aumentar capacidad de autocontrol—Psic.+ T.O
- Controlar pensamientos y alucinaciones que son constantes—Psic.+T.O.
- Centrar orientación autopsíquica—T.O.+ Psic.
- Ajustar expectativas de vida—T.O.+ Psic.
- Aumentar autoestima y creencia en sí mismo y sus capacidades—T.O.+ Psic.
- Aumentar lazos socioafectivos estabilizadores—T.O.+ Psic.
- Recuperar roles perdidos y valiosos para él—T.O.
- Establecer rutina diaria óptima y satisfactoria—T.O.
- Concretar intereses de ocupación—T.O.
- Recuperar intereses y hábitos de ocio satisfactorios—T.O.
- Mejorar capacidades de ejecución de ocupaciones—T.O.
- Incorporar actividades normalizadas del C.P. a su vida diaria

ESTRATEGIAS

A corto plazo:

Nivel grupal:

Psicomotricidad (T.O.),
Ocio y Tiempo Libre (T.O.) y
Aula de Tiempo Libre (Educador)

Nivel individual:

Seguimiento y refuerzo de lo grupal (tutora),

Evaluación extensa aspectos ocupacionales marcados en los objetivos (T.O.),

Orientación autopsíquica (T.O.),

Conciencia de enfermedad (Psicóloga y T.O.)

ESTRATEGIAS

A medio plazo:

Nivel grupal:

— Educación para la Salud (Psic.)

— Habilidades Sociales (Psic.)

— Autocontrol (Psic.)

Nivel individual:

— Refuerzo de lo grupal (Tutora + Psic. +T.O.)

— Orientación hacia expectativas futuras (T.O.)

— Objetivos ocupacionales marcados inicialmente.

ESTRATEGIAS

A largo plazo:

(Objetivo: Generalización e incorporación al medio extrapenitenciario)

Nivel grupal: mantenimiento de grupos anteriores

Nivel individual:

— Salidas programadas (Tutora + Educador/ T.O.)

— Manejo de ansiedad previa a la salida (Psic.)

— Búsqueda y derivación a recurso residencial y de atención psiquiátrica y psicosocial (Tutora + T.Social)

— Adecuación del desempeño Ocupacional al entorno social de derivación (T.O.)

HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN T.O.

Cuestionario de Autoevaluación Ocupacional (K.)

Listado de roles e intereses (K.)

Cuestionario volicional (K.)

Cuestionario de evaluación de relaciones sociales (ACIS) (K.)

Análisis detallado de la actividad/Análisis simple de la actvd.

Análisis funcional de la actividad (marco cognitivo conductual)

Autorregistros (administración del dinero, ejecución de ocio individual, priorización de intereses personales, estructuración de rutina diaria..)

Adaptación de la actividad.

Actividades de pintura en sesión individual (modelo Mosey y dinámico)

Actividades de cine, pintura, lectura (cómic, poesía, narrativa, revistas..), viajes, teatro, búsqueda de ofertas...en grupo de Ocio Y Tiempo Libre

Actividades de conciencia corporal, comunicación verbal y no verbal, orientación y utilización del espacio, expresividad de emociones. En grupo de psicomotricidad

RESULTADOS

Plena **conciencia de enfermedad** y de la necesidad de **medicación** (la toma de forma continuada, asiste a las citas del médico y está pendiente de su salud)

Mejor **autocontrol** en situaciones sociales y de angustia interna

Mejor **manejo social** en grupos del programa y en espacios del C.P. Que le generen estabilidad y confianza.

Mejor **manejo de síntomas positivos** (con «trucos» cognitivos y ocupacionales)

Más centrado en la realidad en cuanto a **expectativas de vida** familiares, ocupacionales y residenciales

Recuperados **roles** en áreas como la **formativa** (asistencia a la escuela a diferentes cursos), el **ocio** (lectura de cómics y revistas, grupo de teatro del C.P.,

pintura, escribir, música, conversar con compañeros, mantenerse al día de la actualidad..)

Mejora en la **capacidad de ejecución** de esas ocupaciones

Realización de forma más **autónoma y normalizada** de esas **ocupaciones** (actividades no sólo del P.I.P.S. sino también del C.P., realización él sólo en su tiempo libre)

Recuperación de la **noción de tiempo libre satisfactorio** al establecer un rutina de vida donde aparecen actividades «obligadas» que dan más sentido al tiempo libre.

¿QUE HEMOS HECHO?

TRABAJAR PENSANDO, CON RIGOR Y EN EQUIPO

CREER EN LA REHABILITACIÓN, EN LA TERAPIA OCUPACIONAL Y EN LA PERSONA

Dirección de contacto:

Montserrat Rincón Aguilera

Terapeuta Ocupacional del Programa de Rehabilitación Psicosocial con personas reclusas con enfermedad mental grave y crónica;

Centro Penitenciario Madrid IV (Navalcarnero)

E-mail: rinconmontse@hotmail.com

Referencias

A.E.N (Asociación Española de Neuropsiquiatría) (Junio 2003). *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Editorial AEN. Estudios Congreso de la AEN, Oviedo.

ARRIBAS, P., MARTÍNEZ, J., PEDRÓS, A., TOMÁS, A. y VILAR, J. (1996) *Convivir con la esquizofrenia, una guía de apoyo para familias*. Promolibro. Valencia.

ATIP (Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias) (2001). *El tratamiento penitenciario: posibilidades de intervención*. ATIP. Madrid.

AUCOUTURIER, B. y LAPIERRE, A. (1985). *Simbología del Movimiento*. Científico-Médica. Barcelona

AZUARA, A. Y RINCÓN, M. (2000). *Descripción del programa de rehabilitación psicosocial con personas reclusas con enfermedad mental grave y crónica del Centro Penitenciario de Navacarnero*. AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial). Madrid.

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

DURANTE, P., NOYA, B., MORUNO, P. (2000). *Terapia ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Masson. Barcelona.

ELIZUR, J. y MINUCHIN, S. (1997). *La locura y las instituciones*. Gedisa. Barcelona.

Escuela Universitaria Cruz Roja – Terrasa (Universidad Autónoma de Barcelona). *Terminología uniforme para terapia ocupacional*. Traducido y revisado por profesoras del Dto. De T.O. Fuentes: American Occupational Therapy Association (1994) y WILLARD & SPACKMAN'S (1997). *Occupational Therapy*, 9.ª edición.

KEMBERG, O.F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. Manual Moderno. Buenos Aires.

KIELHOFNER, G. *Modelo de Ocupación Humana*. Universidad de Illinois. Departamento de T. O.

MATZA, D. *El proceso de desviación* (1981). Taurus. Madrid.

SAIZ RUIZ, J. (1999) *Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social*. Masson. Barcelona.

SÁNCHEZ, L. (1996) *Manual de técnicas grupales de comunicación y creatividad para terapeutas ocupacionales*. APETO. Madrid.

SCHINCA, M. (2000) *Expresión corporal*. Praxis. Barcelona.

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. *Reglamento Penitenciario*. España.