

TERAPIA OCUPACIONAL EN T.M.G.:

ACOMPañAMIENTO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL

RESUMEN

Todas las personas necesitamos sentirnos parte del ambiente que nos rodea, necesitamos sentirnos dentro de un grupo para poder formar nuestra identidad y relacionarnos con otras personas. Somos seres sociales y necesitamos de los otros para sobrevivir. Para que una persona se sienta participe de la sociedad que le rodea, a parte de su inclusión laboral, la cual facilita enormemente la inclusión en la sociedad, siente la necesidad de llevar a cabo y poder disfrutar (y responsabilizarse) de las actividades ocupacionales no laborales que oferta la misma: actividades lúdicas, voluntariado, de participación ciudadana.. etc.

En las personas con trastorno mental grave (T.M.G.) este nivel de voluntad de participación y capacidad para hacerlo está mermada debido a sus malas experiencias pasadas, sus capacidades de adaptación al ambiente mermadas y/o a su aislamiento social. En este trabajo se relata el acompañamiento terapéutico realizado por un terapeuta ocupacional para la inclusión de un sujeto en su comunidad ya que por una serie de factores, esta persona se encontraba aislada socialmente y sin ningún tipo de interés.

A través del vínculo establecido con el usuario, su evaluación ocupacional, el establecimiento de objetivos y el trabajo del terapeuta ocupacional en la escucha, el apoyo en sus dificultades, actuando como motor volicional para el inicio de las actividades, su actuación como yo auxiliar para que pudiera acceder a los servicios comunitarios y participar en ellos como cualquier otra persona, se consiguieron unos objetivos satisfactorios y mejoró la calidad de vida de la persona atendida.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad en la sociedad

Vivimos en una sociedad en la que se realiza un culto a lo "perfecto", lo "bello", lo "vital", que hace que rechace todos los conceptos contrarios a ello: lo desequilibrado, imperfecto, viejo y enfermo son características que no se aceptan y se apartan en una sociedad altamente competitiva.

La enfermedad es un concepto que intenta taparse, que se rechaza y más si hablamos de las enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales son un tipo de enfermedad que no se ve, por lo que la gente desconfía, teme y estigmatiza.

El tipo en la sociedad en la que vivimos busca la norma, es decir, intenta evitar por todos los medios todo lo que se sale del concepto de "normalidad", rechazando las diferencias individuales que existen en cada persona y por supuesto sin aceptar las diversas problemáticas que padecen.

También por la influencia de la sociedad y su estigmatización, las personas con diagnóstico de enfermedad mental tienden a interiorizar los pensamientos negativos que la sociedad tiene de ellos produciéndose un auto estigmatización, con lo que aumenta su aislamiento y tienen menos oportunidades de conectarse con los recursos que la sociedad posee.

La necesidad de pertenecer a algo

El ser humano es un ser social, y necesita sentirse parte de un grupo. Aunque todas las personas estamos incluidas dentro de la sociedad, nuestro número de pertenencia a redes y grupos varía con cada individuo.

Cuando hay una reducción máxima del número de redes y del sentimiento de pertenencia a ellos, se produce un aislamiento social que hace que la persona se encierre más en sí misma y que su calidad de vida sea peor.

Este aislamiento produce depresión y una disminución de la percepción de capacidad de llevar a cabo diversas tareas, ya que se siente menos activo, menos apoyado por la gente que le rodea y menos necesitado por los demás.

En las personas con diagnóstico de TMG se puede comprobar que hay un alto porcentaje de aislamiento social, debido a la estigmatización de la enfermedad mental y a la mala accesibilidad de estas personas a los recursos comunitarios. Esto produce una mayor estigmatización de la enfermedad mental por parte de la sociedad y mayor retraimiento de las personas que sufren el diagnóstico.

La importancia del trabajo y de otras ocupaciones

Aunque actualmente existen muchos recursos para la inclusión laboral de las personas que sufren algún tipo de discapacidad, existen pocos recursos para la integración comunitaria de personas con discapacidad a recursos no laborales.

El trabajo es una actividad ocupacional muy importante ya que se pasa una gran cantidad de horas en él, pero existen otras ocupaciones significativas para las personas que no son laborales: hacer deporte, coser, tejer, cantar...son actividades que oferta la comunidad y que como ciudadanos que somos podemos acceder a ellas, actividades que definen nuestra forma de ser y de relacionarnos.

Pero estas actividades están restringidas para personas con diagnóstico de enfermedad mental. Aunque cuentan con recursos para gente discapacitada: asociaciones de enfermos, club sociales...siguen sufriendo lo que se denomina "Apartheid ocupacional" al resto de recursos de la sociedad a los que tienen derecho como ciudadanos, pero que no disfrutan por las dificultades de la propia enfermedad mental y/o el estigma de la gente que le rodea.

En este Programa, la terapeuta ocupacional utiliza los conceptos de La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) ya que es una estrategia para conseguir servicios de rehabilitación, equiparación de oportunidades e inclusión social a personas con diagnóstico de enfermedad mental.

A través de la relación que establece la terapeuta ocupacional con el usuario, trata de que la persona se empodere y capacite para poder hacerse responsable de su vida y poder realizar actividades significativas importantes para él y llevar un estilo de vida activo. Además utiliza unos

requisitos fundamentales de la RBC como son tomar como base la comunidad, facilitar la rehabilitación del usuario, permitir la compatibilidad cultural y hacer uso de los recursos locales que rodean al usuario.

Las necesidades observadas por la terapeuta ocupacional en las personas con TMG a partir de su trabajo en el Programa de Integración Social no Laboral son:

- Romper con el aislamiento social que afecta a las personas con diagnóstico de trastorno mental grave.
- Acabar con el aislamiento que se da en los recursos específicos de Salud Mental, donde los usuarios se relacionan exclusivamente entre ellos y con los profesionales
- Fomentar una mayor motivación al ejercicio de la ciudadanía y a la participación social de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave, desarrollando un rol distinto al de "discapacitado psíquico" que favorezca el desarrollo comunitario, la cohesión social y una mayor calidad de vida para estas personas.
- Dotar a la sociedad de información y apoyos para la comprensión realista de este colectivo.
- Favorecer el encuentro y el contacto directo de los ciudadanos con diagnóstico de trastorno mental grave y otros ciudadanos/as.
- Desarrollar Planes individualizados que permitan a las personas que padecen un trastorno mental incrementar su autonomía y competencia personal, desarrollando en su tiempo libre actividades significativas para cada persona que no tengan un elevado coste económico.
- Disminuir la sobrecarga que sufre la familia y los recursos no especializados.
- Contribuir a acabar con el estigma asociado a la enfermedad mental.

OBJETIVOS

Los objetivos generales del Programa en el que se trabajó desde Terapia Ocupacional con personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) fueron:

- Promover la competencia personal y la autonomía de las personas con trastorno mental grave.
- Realizar actividades en la comunidad junto a otros ciudadanos sin diagnóstico.
- Utilizar los recursos existentes en su comunidad, a los que tienen derecho como ciudadanos/as.
- Establecer coordinaciones y colaboraciones con entidades públicas y privadas con las que establecer sinergias para lograr los fines del Programa
- Realizar un Plan individualizado de Integración Comunitaria con cada usuario/a
- Realizar actividades de acuerdo al Plan Individualizado de Integración Comunitaria de cada usuario.
- Colaborar con los Servicios Sociales para favorecer su buen uso y disminuir la demanda masiva que estos usuarios hacen a dispositivos que no tienen herramientas para satisfacerla.
- Conseguir una mejor relación con el entorno familiar y proporcionar un respiro al cuidador/a principal
- Disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental
- Aumentar la solidaridad social del colectivo.
- Fomentar el asociacionismo en las personas con discapacidad derivada de un trastorno mental.

METODOLOGÍA

El trabajo realizado se basa en dos Modelos teóricos:

MHO de Terapia Ocupacional

La actuación de la terapeuta ocupacional sobre el usuario está basado en el Modelo de Ocupación Humana (MOH) el cual incide en las capacidades de los usuarios y no en sus discapacidades, siendo la terapeuta una

herramienta para maximizar las potencialidades del usuario e incidir en la auto observación para poder trabajar la "conciencia crítica" y poder mejorar los aspectos menos funcionales de la persona.

Además en este marco de trabajo se cuida mucho el vínculo terapéutico entre terapeuta ocupacional y usuario, ya que esta relación debe ser horizontal y equitativa, teniendo el terapeuta el rol de facilitador, educador, mentor, o aprendiz según convenga. Teniendo especial cuidado en la auto observación del propio terapeuta ocupacional para evitar prejuicios, idealizaciones y atribuciones de poder.

Este es un modelo de trabajo que se centra en la persona, respetando las especificidades de cada uno y su objetivo principal es la observación del usuario en todos los ámbitos de su vida para poder destacar las capacidades de cada persona.

Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico es una técnica de intervención cuyas finalidades son prevenir ingresos psiquiátricos innecesarios y contribuir a la reinserción del paciente en el medio social. En este sentido, es un agente socio-sanitario que realiza su labor en el contexto familiar y socio-comunitario. Esta técnica ha demostrado su efectividad, sobre todo, con pacientes con problemas de drogadicción y con personas con diagnóstico de enfermedad mental.

Al Acompañamiento Terapéutico se le denomina también la clínica de lo cotidiano, es decir, se toman las cosas cotidianas, diarias, como base de la estrategia terapéutica. Se trabaja en la comunidad con las actividades cotidianas: la calle, el bar, la piscina, el ascensor, un encuentro entre vecinos, el autobús, comercio, los lugares de ocio... Y también con los dispositivos en los que están insertas las personas a los que se acompaña.

En la actualidad, podemos decir que existen muchos recursos asistenciales, terapéuticos, sociales, etc. en nuestra comunidad. Pero en muchos casos no se da un aprendizaje, un proceso, a veces es como empezar de cero, porque los recursos se "consumen", no se aprovechan. La propia dinámica de los recursos, sumada a las dificultades de las personas que necesitan de varios de ellos, puede ayudar a que suceda esto. El acompañante puede ser

el puente de un recurso a otro, entre la persona y su familia, o vecinos, o con el equipo terapéutico, amigos, vida laboral, estudios, etc.

El Acompañamiento Terapéutico, desde su propuesta de trabajar con los aspectos más sanos de la persona, tiene en cuenta el respeto al otro, a su privacidad, a su intimidad; trata de prestar su apoyo, atención e interés verdadero, favoreciendo la confianza, la tolerancia, la espontaneidad, la libertad de comunicar, tanto los aspectos positivos como los negativos; desarrollando el vínculo, el contacto, no el aislamiento –o asilamiento, la barrera; buscando perspectivas y metas alcanzables, buscando una inserción y adaptación activa a la comunidad.

DESARROLLO

Datos del paciente

Julio es una persona de 54 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. Su diagnóstico ha ido variando a lo largo de los años desde esquizofrenia residual, trastorno bipolar a esquizofrenia paranoide, ya que su primer ingreso fue a los 17 años, estando institucionalizado hasta los 40 años.

Su patología se caracteriza por su desconfianza ante todo y las obsesiones por la música y el cine. Por todo lo que ha vivido tiene la autoestima muy baja y problemas con su imagen.

Actualmente vive en un piso tutelado con un compañero que también sufre una enfermedad mental.

Estuvo trabajando en un taller de encuadernación aunque no pudo mantenerlo, por lo que tuvieron que darle la invalidez cobrando unos 400€ al mes.

Cuando fue derivado al recurso no realizaba ninguna actividad y no sentía la necesidad de salir del aislamiento en el que vivía por miedo a los insultos y discriminaciones.

Valoración ocupacional

En las primeras sesiones se trabajó el vínculo terapéutico para poder conseguir la confianza del usuario además de disminuir su nivel de ansiedad, ya que, Julio no se fiaba de nadie.

Tras conseguir un clima tranquilo y confiable, se le realizó varias valoraciones ocupacionales para conocer sus intereses, motivación, desempeño, roles anteriores, hábitos, averiguar cuáles serían las actividades sociales que podrían ser significativas para él y cuáles son las actividades que realiza normalmente. Investigar en su historia ocupacional y comprobar cuando abandonó sus ocupaciones y cuáles fueron los principales motivos.

Se utilizaron, entre otros los siguientes instrumentos de Evaluación: Moorhead, L. y Cynkin, S. (1979). **Entrevista de la Historia Ocupacional.** En: Cynkin, S. (1979). *Occupational Therapy: towards health throug activities.* Ed. Little Brown. Boston. USA. (Traducción: Pellegrini, C.M.). Matsuyutsuyu, J. (1967). **The interest Checklist.** *American Journal of Occupational Therapy.* USA.

Tras conocer la historia de vida de Julio, sus intereses y ocupaciones además de haber logrado buen vínculo terapéutico con él, se establecieron conjuntamente los objetivos de tratamiento y un Plan Individualizado de Integración Comunitaria (P.I.R.) en el cual, Julio, participó activamente.

Objetivos específicos para Julio

- Realización de actividades que se desarrollan en la comunidad junto con otros ciudadanos sin diagnóstico, buscando activamente actividades de mejora de memoria, historia de Zaragoza y de España y actividades físicas como yoga o pilates.
- Realización de actividades saludables y que fomenten el Autocuidado.
- Conseguir una mejor relación con el entorno familiar y proporcionar un respiro al cuidador/a principal, estableciendo reuniones familiares cada 15 días y disminuyendo su asistencia al hogar familiar.
- Desarrollo de habilidades sociales y de permanencia en grupo.
- Disminución del consumo de tabaco al realizar actividades en centros que está prohibido fumar.

Objetivos específicos para la Terapeuta Ocupacional

- Acompañamiento y apoyo en la elección y desarrollo de las actividades que realice.

- Consolidación del vínculo terapéutico con Julio.
- Coordinación con otras entidades a las que Julio pertenece para establecer sinergias y no duplicar funciones.
- Coordinación estrecha y constante con los Servicios Sociales para recibir derivaciones y favorecer su buen uso.
- Atención apoyo y descarga del entorno familiar, la cual está desbordada.

Desarrollo del acompañamiento

Tras establecer un buen vínculo terapéutico, la terapeuta ocupacional acompañó a Julio en sus actividades cotidianas y en la búsqueda de alguna actividad significativa para él. Ella pudo observar como Julio se desenvolvía en la comunidad y como se relacionaba con otras personas sin diagnóstico.

Julio nunca miraba a los ojos, se metía siempre el dedo en la oreja para sacarse cera y siempre miraba alrededor para ver si los demás le observaban. Además iba con ropa vieja llena de zurcidos.

Las labores de la terapeuta ocupacional, además de establecer coordinaciones con los centros a los que visitaban y animar a Julio a que realizara actividades que antes le daban miedo como preguntar a la gente o pedir información de los cursos, era la de servir como apoyo e incluso como modelo de actividades en las que él no se sentía seguro.

La sensación que transmitía Julio a los acompañamientos en la comunidad era de ansiedad, ya que por experiencias de rechazo vividas en el pasado de Julio, éste tenía mucho miedo al rechazo y la burla de los que le rodeaban. Además, la terapeuta ocupacional también podía observar el rechazo inicial que algunas personas sentían cuando Julio se presentaba, pero que, pasado un tiempo con él, se les pasaba.

Esto producía una disminución del estigma social asociado a la enfermedad mental debido a que las personas que interactuaban con Julio disminuían sus prejuicios e ideas preconcebidas.

El trabajo con la familia, realizado conjuntamente con la psicóloga clínica, se centró en disminuir la sobreprotección que las hermanas tenían sobre Julio y que progresivamente, fueran aceptando la enfermedad de su hermano y también que pudiera hacerse cargo de actividades significativas para él sin la supervisión de ellas.

Tras tres meses de inicio de tratamiento con Julio, éste pudo participar en clases de pilates una vez a la semana y con el tiempo pudo mantener dos actividades realizando un curso de inglés en la Universidad Popular. Además su aspecto físico mejoró al poder mirarse en el espejo y ver que los compañeros del curso no le rechazaban, su mirada, aunque no completamente, se tornó más fija y su actitud más confiable.

CONCLUSIONES

Del trabajo realizado con Julio por la terapeuta ocupacional utilizando la técnica del acompañamiento terapéutico se sacan las siguientes conclusiones:

- Es beneficioso realizar acompañamientos individuales con los usuarios ya que, creando un buen vínculo terapéutico se establece un lugar donde el usuario puede relajarse, ser uno mismo y poder expresar todas sus ansiedades, miedos y demás. Con ello se maximiza las potencialidades de la persona para poder realizar actividades funcionales y significativas.
- Se ha visto necesario una figura que acompañe al usuario a todos los recursos estáticos que trabajan con él para que haya una coordinación global y holística del usuario.
- El acompañamiento terapéutico de la terapeuta ocupacional al usuario en actividades no laborales con gente sin diagnóstico es beneficioso para salir del aislamiento social de las personas con diagnóstico de enfermedad mental y disminuir el estigma (y auto estigma) asociado a las personas con enfermedad mental.
- El trabajo familiar de la terapeuta ocupacional junto con la psicóloga clínica, es importante para disminuir las ansiedades familiares, mejorar la descarga familiar y dotar al usuario de responsabilidades que la familia no ve. Además así se mejora la dinámica familiar.

- Hay que destacar que Julio ha mejorado su calidad de vida y actualmente puede disfrutar, aunque con un poco de apoyo, de los recursos que como ciudadano tiene derecho a disfrutar sin que se sienta bloqueado y que pueda realizar actividades significativas y ocupacionales que llenen su vida.
- El desarrollo final del acompañamiento consiste en que Julio, dentro de un tiempo ya no necesite los apoyos de la terapeuta ocupacional, siendo independiente en las actividades que realice. Para ello, la terapeuta ocupacional trabajará para que se produzca una buena desvinculación y evitar la dependencia hacia ella.

BIBLIOGRAFÍA

- Kronenberg F, Simó S, Pollard N, Werner D, Sinclair K, Terapia Ocupacional sin Fronteras, Aprendiendo del espíritu de supervivientes Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007
- Kuras de Mauer S, Resnizky S, Acompañantes Terapéuticos y Pacientes Psicóticos Argentina: Editorial Trieb; 1985
- Freud S, Sobre la iniciación al tratamiento, Obras Completas Tomo XII Buenos Aires: Amorrortu; 1976
- Donghi, A. El acompañante terapéutico: una aproximación teórica, en Revista Actualidad Psicológica, año V, Nº 49, Buenos Aires; 1979.
- Apollón, W., Bergeron, D., Cantin, L.; Tratar la psicosis, Buenos Aires, Polemos, 1997
- Bleger J, Psicohigiene y Psicología Institucional Argentina: Editorial Paidós; 1999
- Blesedell E, Cohn E, Boyt B, Willard and Spackman: Terapia Ocupacional Madrid: Editorial Panamericana; 2005
- Gomez C, Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos Madrid: Editorial Panamericana; 2009

- Menéndez, E. Cura y control: ña apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. México D.F.: Nueva Imagen; 1978
- Balcazar F, Montero M, Newbrough B, eds. Modelos de psicología comunitaria. Washington, DC: organización Mundial de la Salud; 2002
- Scaffa M. Occupational therapy in community-based pactice settings. Philadelphia: F A Davies; 2001
- Townsend E. Occupational therapy´s social vision. Conferencia de Muriel Driver. Can J Occup Ther 1993;69-74
- Cockburn L, Trentham B. Participatory action research: integrating community occupational therapy practice and research. Can J Occup Ther 2002; 69(1):20-30
- Wilcock A. An occupational perspective on healt. Thorofare, NJ: Slack; 1998
- Rodríguez A, Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos, Madrid: Piramide Ediciones Sa; 2009
- Gómez J, Terapia Ocupacional en Psiquiatría. Zaragoza: Mira Editores; 2004
- Conde M, Psicoanálisis, Medicina y Salud Mental. Madrid: Díaz de Santos S.A. ;2004
- Paganizzi L, Terapia Ocupacional Psicosocial: escenarios clínicos y comunitarios. Buenos Aires: Diaz de Santos S.A.; 2007
- Thornicroft G, Tansella M, La matriz de la salud mental: manual para la mejora de servicios.San Sebastián: Diaz de Santos S. A. ; 2005
- Baron A, Psicología Social. Madrid: Diaz de Santos S.A.; 2005