

TERAPIA OCUPACIONAL EN CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

OCCUPATIONAL THERAPY IN PSYCHOSOCIAL REHABILITATION CENTERS. FRAGMENT A CLINIC CASE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA.

Palabras claves: Terapia ocupacional, centro de rehabilitación psicosocial, evaluación ocupacional, esquizofrenia paranoide

Key words: Occupational Therapy; Psychosocial Rehabilitation Centers; occupational assesment, paranoid schizophrenia.

DESC: Terapia ocupacional, servicio de salud mental, evaluación, ocupación, esquizofrenia.

MESH: Occupational Therapy; Mental Health Services; evaluation, occupational, eschizophrenia.



Autora

Dña. María Vaquero Sánchez
Terapeuta ocupacional
mariavaquero910@hotmail.com

Como citar este documento:

Vaquero Sánchez M. Terapia ocupacional en centros de rehabilitación psicosocial. A propósito de un caso clínico de esquizofrenia paranoide. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [fecha de la consulta]; 8(14): [12 pag.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num14/pdfs/caso2.pdf>

Texto Recibido :20/06/2011

Texto Aceptado: 12/08/2011

Introducción

El centro de rehabilitación psicosocial (en adelante CRPS) (1), es un dispositivo asistencial público de tratamiento activo en régimen de día, diseñado y organizado para ofrecer programas de rehabilitación a la población con problemas mentales crónicos, con vistas a lograr el máximo nivel de autonomía e integración social posible.

No está concebido como un servicio de atención psiquiátrica o de atención en crisis, tampoco como centro de ocio o un taller ocupacional. (1)

La prestación que presenta el CRPS es necesariamente individualizada y responde a determinados principios metodológicos basados en la psicología del aprendizaje.

Teniendo presente este principio, la atención se organiza de la siguiente manera (1,2):

RESUMEN

El objetivo principal de este artículo está centrado en exponer el manejo del Modelo de ocupación humana en un caso de esquizofrenia paranoide llevado a cabo en el departamento de terapia ocupacional de un centro de rehabilitación psicosocial.

SUMMARY

The principal objective of this article is center in exponer the manejo of occupational human model in a case of paranoid squizophrenia lead to cabo in the department of occupational therapy in a psychosocial rehabilitation center.

1. Evaluación ocupacional: Permite conocer el nivel actual de habilidades y déficits y las características de su medio socio-familiar, mediante la recogida sistemática y estructurada de información: datos biográficos previos a la enfermedad, historia clínica, expectativas de la familia y del paciente, habilidades, discapacidades e interacción con el entorno,

análisis del medio familiar y de conductas problemáticas, entre otros.

2. Plan individualizado de rehabilitación: es un programa de intervención estructurado, que consta de objetivos dispuestos de manera priorizada y secuenciada temporalmente y de los recursos e intervenciones que se van a utilizar para lograr su consecución.

3. Intervención: Se llevará a cabo mediante actividades que a continuación detallamos:

- Tutorías
- Atenciones individualizadas
- Programas de entrenamiento

4. Seguimiento: Pretende asegurar el mantenimiento y la generalización de las habilidades recuperadas o adquiridas. Se realiza tanto en el propio CRPS como, una vez se ha producido la salida del recurso, mediante contacto periódico. Éste se llevará a cabo mediante revisiones cada vez más distanciadas en el tiempo y posteriormente, mediante contacto telefónico.

Durante todo el proceso es fundamental la colaboración con los servicios sociales sanitarios y la búsqueda de la utilización de recursos comunitarios normalizados que propicien la máxima integración posible.

METODOLOGÍA

El modelo de práctica que en el cual nos basamos para desarrollar el caso clínico es el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner (MOHO) (3,4). Teniendo en cuenta que el terapeuta ocupacional tiene como referencia el modelo de ocupación humana, pretende conseguir la adaptación y el funcionamiento ocupacional a través de la interrelación entre los subsistemas (volición , habituación y desempeño) y el entorno del usuario para conseguir un comportamiento ocupacional adecuado. Además se utilizó el Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional 2ª ed (5) para ajustar la recogida de datos de las áreas ocupacionales y las recomendaciones de Rogers & Holmes (6) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Discapacidad (CIF) (7) para la elaboración del Diagnostico Ocupacional (2).

RESULTADOS

El usuario es un varón nacido en 1959, que fue derivado al CRPS en Julio del 2002. Está diagnosticado de Esquizofrenia paranoide, cuya características principales son ideas delirantes con respecto a lo místico y religioso.

En 1996 apareció el primer brote y comienza el tratamiento, aunque su diagnóstico inicial no fue el mismo que el actual, sino que fue diagnosticado de trastorno bipolar con alucinaciones auditivas de temática religiosa.

Continuó ejerciendo su actividad sacerdotal pero debido a la ausencia de conciencia de enfermedad, abandonó la medicación y tuvo una recaída en 1999. Durante esta etapa tuvo una evolución irregular por lo que le destituyeron de su función sacerdotal. Desde entonces tiene una distonía de torsión cervical y dorsal de origen yatrógeno, que tan solo cede cuando está relajado o en posición de descanso, por lo que le dificulta gran parte de las actividades de la vida diaria. La familia estaba disgustada por la falta de información por parte del obispado, por lo que determinaron un seguimiento

desde el complejo hospitalario provincial siendo su psiquiatra de referencia quién fijó un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El usuario tuvo 4 ingresos más durante el año 2000-2002. Estas producen una descompensación psicótica producida por las ideas delirantes místico-religiosas que provocan angustia en el usuario, ya que mostraba un fuerte sentimiento de culpa, temor a la condenación, a la muerte y a la indignidad que se convirtieron en ideas obsesivas con pensamientos y convicciones delirantes que le empujaban a realizar de forma compulsiva actos mentales o conductuales motivados por alucinaciones auditivas con fonemas imperativos.

En julio del 2002 es derivado por la Dra. de referencia al CRPS, con el fin de facilitar la interacción social y valorar la reorientación socio-laboral. Desde el 2002 al 2009 el usuario no ha vuelto a ingresar en ningún centro psiquiátrico. No muestra ningún tipo de sintomatología productiva pero si ciertos síntomas efectúales como son el enlentecimiento motor y cognitivo, somnolencia, fallos en los recuerdos productos de la medicación.

Actualmente vive en una residencia con otros compañeros sacerdotes, sus padres viven en su pueblo natal y tiene una hermana menor casada que vive en la misma ciudad que el usuario.

Se determinan numerosos antecedentes familiares con patología psiquiátricas por ambas vías:

- Padre: carácter obsesivo, antecedentes de ingreso en centro de salud mental.
- Madre: carácter ansioso-depresivo
- Hermana: depresión por ludopatía de su marido.
- Tía materna: diagnosticada de trastorno bipolar
- Abuela materna y abuelo paterno: depresión

Estudió EGB, BUP y 2 años de filosofía y 4 de teología (correspondientes a los estudios eclesiásticos para recibir la orden sacerdotal)

Actualmente no ejerce ninguna ocupación puesto que fue destituido de la actividad pastoral y tampoco realiza actividades con niños (deportes). Tan sólo participa en un taller de oración todas las semanas y en una hermandad como voluntario.

Al comienzo de su función sacerdotal realizaba reuniones en dos pueblos cumpliendo la función de educador de estudios, supervisando y descubriendo posibles vocaciones religiosas de los alumnos además de la práctica de deportes. Más tarde, se desplazó a vivir con 3 compañeros, y llevaba la función sacerdotal en 4 pueblos de la zona, además de entrenar un equipo de vóley con el que logro grandes premios, y realizar otros deportes como baloncesto. Según el usuario ha sido *"la etapa más activa, satisfactoria y feliz de su vida"*.

Actualmente tan solo acude al CRPS los días correspondientes, práctica mucho la actividad de lectura, utiliza internet para adquirir información, descargar películas, chatear, entre otros, y no práctica deporte nada más que en el programa que realiza el CRPS porque afirma *" al realizar ejercicio ,mis músculos se ponen muy tensos y luego me duele todo el cuerpo, lo paso fatal"*.

"Echo de menos participar en las actividades que realizaba antes con los niños(deportes o juegos),yo me encargaba de realizar los juegos y era muy bueno, también echo de menos poder presidir la misa, pero me resulta muy difícil realizar esas acciones debido a la dificultad que tengo de controlar mis movimientos".

Se muestra muy participativo en las actividades, las concluye satisfactoriamente, es colaborador, tolerante a la frustración, tiene iniciativa. Sigue instrucciones y organiza tareas complejas.

AVD: Acude a la entrevista adecuadamente vestido y aseado.

No tiene ninguna alteración en la higiene personal y manifiesta tener dificultades en la realización de las abvd pero que puede hacerlas independientemente ya que recurre a las técnicas de relajación y así puede realizarlas satisfactoriamente.

Habría que exceptuar la comida, puesto que se ve obligado a comer de pie debido a la distonía. La conciliación y mantenimiento del sueño también le ocasiona un problema, ya que habitualmente cuando no tiene ninguna actividad que realizar por la mañana se duerme y altera el ritmo de sueño. Pero durante el mes y medio ha llegado siempre a tiempo a los programas. Conoce los psicofármacos prescritos, las dosis que debe tomar al día y la funcionalidad de estas.

AIVD: Respecto al cuidado del hogar, no está obligado a realizar ninguna de las tareas de mantenimiento puesto que en la residencia tienen asistencia para todo tipo de actividades en el hogar. En el uso de sistemas de comunicación, el manejo financiero, realización y gestiones monetarias no presenta ningún tipo de alteración.

TRABAJO: Actualmente adquirió un trabajo como archivero. Además pertenece a la hermandad como voluntario en la que interviene en el taller de oración y colabora en campamentos de verano como voluntario en las diferentes actividades aunque este verano será imposible por problemas externos.

TIEMPO LIBRE: En estos momentos, su tiempo libre lo dedica a la lectura y el manejo de Internet principalmente (para ver películas o leer noticias). No realiza nada de deporte (tan sólo el realizado en el programa de deporte).

PARTICIPACION SOCIAL: Con sus padres tiene una relación cordial y sin apego, con su hermana tiene buena relación donde destaca la confidencialidad, la ayuda mutua y la lejanía (la hermana se fue muy pronto de casa, y actualmente vive con el marido y los hijos). El usuario es una persona tranquila y

extrovertida, pero esto no influye en la relación con los demás, sino la distonía que dificulta el desarrollo de actividades e infiere en las relaciones sociales. En grupos pequeños y familiares se muestra más relajado y activo.

Tiene una red social reducida, y afirma: *"la gente que me quiere me trata igual que antes, aunque muchas veces no explico lo que realmente me ha pasado por miedo a que opinen"*, *"mis relaciones han variado en cuanto al trato con los niños, ya no trato con ellos y me da mucha lástima. Además antes era más extrovertido, alegre y no paraba de hacer juegos y de jugar con ellos"*

En algunas ocasiones ha percibido miradas de desprecio hacia él y siempre ha optado por no darle importancia puesto que afronta que tiene una distonía que no pasa desapercibida, pero también afirma que ha tardado mucho tiempo en tolerarla.

Al comienzo de la entrevista, el usuario se muestra tranquilo y relajado, pero instantes después de sentarse pide permiso para levantarse para estar más cómodo porque "me cuesta más controlar mis movimientos sentado" afirma. No necesita mucho tiempo para contestar a las preguntas y realiza respuestas concretas y con un lenguaje correcto. Se muestra un poco recurrente con su dificultad de movimientos, destacando continuamente su distonía.

Durante los 45 minutos que duró la entrevista, permaneció de pie. Estructura perfectamente su pasado comparándolo con el presente, y muestra muchas expectativas de futuro.

La historia ocupacional ha variado mucho desde que le diagnosticaron la enfermedad puesto que tenía una vida muy activa.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Después de la obtención de datos en el proceso de evaluación a partir de los informes, la hoja de derivación y las evaluaciones directas (entrevista y observación) se puede determinar que presenta alteraciones en las áreas de

desempeño, más concretamente en las abvd, participación social, ocio y tiempo libre y trabajo.

ABVD: es independiente en todas las actividades básicas de la vida diaria, aunque presenta cierta dificultad en la realización de actividades relacionadas con las actividades de cuidado personal.

AIVD: no presenta ninguna alteración en esta área debido a que su implicación en el hogar no ha variado mucho, ya que siempre le han realizado las tareas del hogar, y en la realización del resto de actividades instrumentales que realiza no se determina ninguna alteración que no sea provocada por la dificultad de movimiento.

TRABAJO: actualmente consiguió un trabajo como archivero pero realmente quiere continuar impartiendo misa como anteriormente hacía.

OCIO-TIEMPO LIBRE: Las alteraciones en este área se deben a la disminución de actividades a realizar, ya que actualmente realiza tan solo actividades que no impliquen excesiva implicación física tales como lectura e Internet, además de acudir a algunas reuniones y grupos religiosos para participar en la oración.

PARTICIPACION SOCIAL: Es el área más alterada del usuario.

Ha perdido por completo el rol de entrenador deportivo, además del contacto con los niños con los cuales realizaba actividades lúdicas y deportivas.

Además tiene dificultades para relacionarse con los demás debido a la distonía que presenta.

DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Se determina que el usuario presenta alteraciones en las áreas de ABVD, OCIO, TRABAJO Y PARTICIPACION SOCIAL.

A pesar de ser independiente en todas las actividades básicas de la vida diaria presenta gran dificultad en la realización de **actividades básicas de la vida diaria** tales como higiene personal, comida, movilidad y vestido debido a la dificultad de movimiento provocada por la distonía.

El usuario presenta alteraciones en el área de trabajo, especialmente al desempeñar su trabajo como sacerdote, debido a la distonía que dificulta la comunicación del usuario con los demás. Además de los contenidos religiosos de sus delirios que también dificultan la comunicación.

No presenta alteración en la realización de actividades de ocio y tiempo libre pero se podría aumentar el número de actividades realizadas.

Presenta alteraciones en el área de participación social principalmente en la comunidad debido a su dificultad de interacción social.

PREGUNTA PARA EL LECTOR:

Ante estos datos:

1. ¿Cuales serían los objetivos a corto plazo que se podrían establecer?.
2. ¿Cuales serían los objetivos a largo plazo que se podrían establecer?.

Respuesta

- 1. ¿Cuales serían los objetivos a corto plazo que se podrían establecer?.***

Objetivos a corto plazo:

- Mantener la realización de vestido, aseo y deambulación.
- Mejorar la comunicación del usuario con los demás usuarios.
- Mantener la realización de actividad física y deportiva
- Potenciar las relaciones sociales del usuario
- Mejorar y mantener las funciones cognitivas

2. ¿Cuales serían los objetivos a largo plazo que se podrían establecer?.

Objetivos a largo plazo:

- Mantener realización de las abvd de forma independiente.
- Potenciar la comunicación del usuario en la comunidad
- Potenciar la interacción social del usuario en la comunidad
- Mantener funciones cognitivas

Justificación de la Respuesta

Los objetivos de la intervención se basan en la realización de una actividad terapéutica mediante la cual se logre el cambio, siempre teniendo en cuenta la importancia que esa actividad tiene para el hombre y así lograr la adaptación ocupacional, lo cual conlleva:

- Adquirir el sentido de quién es uno y cómo desea llegar a ser como ser ocupacional (identidad ocupacional).
- Grado en el que uno puede sostener un patrón de participación ocupacional que refleja la identidad ocupacional propia (competencia ocupacional).

Para determinar los objetivos se tiene en cuenta:

- La motivación por realizar una actividad del usuario: teniendo en cuenta el conocimiento de las habilidades propias, las metas y compromisos que el hombre adquiere y las actividades que producen un disfrute personal aportando placer al realizarlas (causalidad persona, valores e intereses).
- La organización de las actividades mediante la regularización de patrones de comportamiento y el estilo de vida del humano, basándose en dos conceptos:
 - Hábitos: Organización interna que permite al ser humano realizar una acción de manera inconsciente y repetida.

- Roles: Patrones de conducta que se asocia al ser humano teniendo en cuenta el entorno en el que se encuentre y la función que tiene que cumplir.

Las capacidades que tiene el ser humano para realizar las diferentes acciones mediante la valoración de las habilidades físicas, mentales, sociales, entre otros, junto con la experiencia que el propio hombre ha adquirido durante su ciclo vital.

Teniendo en cuenta que el terapeuta ocupacional tiene como referencia el modelo de ocupación humana, pretende conseguir la adaptación y el funcionamiento ocupacional a través de la interrelación entre los subsistemas (volición, habituación y desempeño) y el entorno del usuario para conseguir un comportamiento ocupacional adecuado

CONCLUSIONES

Para concluir es de destacar la importancia de la evaluación ocupacional (2,8) dentro del ámbito de la terapia ya que determina el funcionamiento ocupacional de la persona, para lograr una visión más precisa de la ejecución de las AVD (8), así como la complementariedad del Modelo de Ocupación Humana y el Marco de Referencia de la AOTA a la hora de realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos en la evaluación ocupacional (4,5).

Bibliografía

1. Rodríguez González A. Atención Comunitaria, Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Social. Minusval. 2003; 139: 23-41.
2. Romero D, Moruno P. Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
3. Navarrón Cuevas E, Ortega Valdivieso A. Rehabilitación Psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. En www.terapia-ocupacional.com [recurso en Internet], 2002 [consultado el día 10 de junio 2011], disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehab_PsicoS_Emi_Navarron.shtml
4. Kielhofner G. A model of human occupation: Theory and application. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
5. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da Edición. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta]; [85p.] Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice Framework: Domain and process (2nd ed.).
6. Rogers JC, Holm MB. Occupational therapy diagnostic reasoning: a component of clinical reasoning. Am J Occup Ther. 1991.
7. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: OMS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
8. Moruno P, Romero D. Actividades de la Vida Diaria. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2006.