

Seminario “El Uso terapéutico del *self* como herramienta en Terapia Ocupacional” (1)

28 de marzo de 2014

Jorge Pérez Corrales. Terapeuta Ocupacional. Unidad de Hospitalización Breve del Complejo Asistencial Benito Menni de Cienfuegos. Prof. Asociado. Dpto. Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina Física y Rehabilitación. Univ. Rey Juan Carlos.

En múltiples escritos acerca de la profesión se hace referencia al arte y la ciencia de la terapia ocupacional. Según Joyce Cary, “*todo arte es la combinación de un hecho con el sentimiento que suscita*” por lo que *a semejanza del artista, el terapeuta parte de sus propios sentimientos, y utiliza su propio estado de ánimo como instrumento terapéutico* (1).

Acorde a las raíces humanistas de la profesión, y siguiendo los postulados rogerianos sobre la relación terapéutica, las cualidades o requerimientos básicos que debe poseer un terapeuta son la autenticidad, la empatía y el respeto. Esto implica:

- Ser genuino y mantener una coherencia entre lo que se siente, se piensa y se actúa.
- Tener la habilidad de colocarse en el lugar del otro: de sentir y entender el sentimiento y sus repercusiones en la otra persona sin confluir en exceso ni perderse en la relación terapéutica.
- Aceptar a la persona sin establecer juicios de valor.
- Creer que la persona puede mejorar e interesarse realmente por ella.

Otro de los pilares básicos es el buen manejo de la contratransferencia, entendida ésta como el sentimiento o emoción que el cliente despierta en el terapeuta, ya sea de forma consciente o inconsciente. Para tal fin, el autoconocimiento del propio terapeuta es la herramienta fundamental que evitará volcar sus deseos, miedos, inseguridades y/o limitaciones en el proceso terapéutico de la persona.

Desde terapia ocupacional se considera que el uso terapéutico del *self* es una intervención específica en sí misma, definiéndolo como el *uso planificado de la personalidad*,

introspección, percepciones y juicio del profesional de terapia ocupacional como parte del proceso terapéutico (2) y siendo identificado por la mayoría de los profesionales como el factor más determinante de un resultado exitoso de la terapia (3, 4).

El objetivo del taller es realizar una aproximación práctica al uso de uno mismo en la intervención de terapia ocupacional. Reflexionar sobre cómo influye nuestra propia personalidad en el proceso terapéutico de las personas con las que desarrollamos nuestra labor profesional.

Bibliografía:

1. Pérez J. Intervención desde terapia ocupacional en los trastornos de la personalidad. En: Gómez C. Intervención desde terapia ocupacional en salud mental. Barcelona: Monsa – Prayma ediciones; 2013. p. 355 – 370.
2. Polster, E.; Polster, M. Terapia guesáltica: perfiles de teoría y práctica. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
3. Ávila Álvarez, A., Martínez Piedrola, 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, segunda edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [consultado: 8-abril-2012]; [85]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2012esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
4. Taylor R. The Intentional Relationship: Occupational Therapy and Use of *Self*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2008.
5. Taylor RR. Uso del “*Self*” en Terapia Ocupacional: creando relaciones intencionales. [Traducción]. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2011 [23/03/2014]; 8(13): [29p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor0.pdf>

“Intervención de Terapia Ocupacional en el Área de Observación de una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados: un proyecto piloto”

García Lemos, C.

Introducción

La antipsiquiatría fue más un movimiento teórico que efectivo y sería gracias a la aparición de los neurolépticos, de la epidemiología, y de los programas centrados en la rehabilitación, cuando pudo comenzar realmente el camino hacia un nuevo modelo de salud mental comunitaria.

La reforma psiquiátrica en España se inició en los años 80 tras la desaparición del franquismo y la instauración del sistema democrático con el “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica” del Ministerio de Sanidad y Consumo promovido por Ernest Lluch.

Dicho Informe delimitó los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, implicando el cierre de los hospitales psiquiátricos.

Pero el cierre de dichos hospitales no supone la desaparición de pacientes con trastornos crónicos severos, persistentes y difíciles de manejar en el entorno social. Serían los “viejos pacientes de larga estancia”.

Dicho grupo de personas supone a su vez una dificultad para su ubicación dentro de los nuevos dispositivos asistenciales (antiguos Hospitales Psiquiátricos), debido a la falta de autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (AVD's) y a la inestabilidad psicopatológica.

La Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

La Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados del CABM está dirigida a mujeres con enfermedad mental grave y persistente, que tengan necesidad de tratamiento y cuidados psiquiátricos en régimen hospitalario de manera continuada, sin un período de tiempo concreto previamente establecido.

En el año 2009 se crea en ella el **Área de Observación**; es una zona cerrada que incluye 3 camas en habitaciones individuales destinadas a aislamiento o sujeción mecánica en caso de precisarse, 11 camas en habitaciones de observación simple, sala de actividades y aseos. Cuenta además con supervisión directa durante las 24 horas del personal auxiliar de enfermería. De las 11 plazas del área, en el año 2011 permanecían ocupadas **8** de forma permanente debido a la inestabilidad psicopatológica y el bajo nivel de autonomía de las residentes

Programa rehabilitador

Es en este año cuando surge desde el departamento de Terapia Ocupacional, Psicología y Enfermería la necesidad de programar y estructurar un **programa rehabilitador** de actividades, el cual, basado en el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner, y desde el marco teórico de la rehabilitación bio-psico-social para el trastorno mental grave, tiene como objetivo general la rehabilitación y mantenimiento de las capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales de las residentes que permanecen ingresadas de forma permanente en el Área de Observación

El programa cuenta con tres tipos de actividades terapéuticas, realizadas durante dos horas diarias (debido al volumen de funciones a realizar por el personal, tanto auxiliar como de Terapia Ocupacional y Psicología): Psicoterapéuticas, Rehabilitación psicomotora y cognitiva y Actividades de ocio y tiempo libre (salidas fuera del área, con el consiguiente cambio de contexto/ambiente favoreciendo de esta manera la participación, atención y máximo desempeño).

Conclusiones

Tras dos años y medio de trabajo se han obtenido mejoras en el autocuidado y funciones cognitivas en un tercio de las pacientes, prueba de ello es que **cuatro** de ellas han dejado de residir permanentemente en el área, y de las restantes **dos** de ellas han comenzado a hacer actividades rehabilitadoras fuera del área de forma autónoma.

Desde la evaluación subjetiva del personal se observan avances en la estructuración de su propio tiempo, aumentando la motivación de las pacientes durante las actividades, fomentando relaciones interpersonales y mejorando su estado emocional.

EL ROL DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL

EN LA INTERVENCIÓN EN EL TDAH

Francisco de los Santos

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la edad infantil. Se caracteriza por un nivel de impulsividad, actividad y atención no adecuados a la edad de desarrollo.

Desde que hace más de un siglo, en 1902 George Still, en su artículo publicado en la revista “The Lancet”, describiera a un grupo de 43 niños con síntomas similares a lo que hoy en día se diagnosticaría como TDAH, hasta hoy con la reciente publicación del Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, ha ido modificando tanto su nombre como los criterios diagnósticos.

Existen numerosos estudios de prevalencia que sin duda son un claro indicador de todo el camino que nos falta por recorrer hasta entender el trastorno, Así encontramos datos tan dispares como una prevalencia del 0,78 % en Hong-Kong en contraste con el 17,8% de Alemania.

Estos datos pueden deberse por un lado a los factores genéticos, sociales y culturales que condicionan el desarrollo y evolución del trastorno, pero también a la gran variabilidad en lo que a la evaluación y al diagnóstico se refiere, así por ejemplo, la CIE-10 exigía para el diagnóstico que se dieran el mismo sujeto, a la vez, unos determinados comportamientos de hipercinesia, inatención e impulsividad (lo que ha dado una prevalencia de entre un 1 y un 2% en Europa), sin embargo en EE.UU, en el que se utiliza el manual de Diagnóstico DSM IV (ahora el V), los resultados en ocasiones han sido de un 20% de la población escolar.

En España comenzamos a encontrar algunos estudios que muestran una prevalencia en torno al 4-8 %, llegando en algún caso a hablar del 12%.

Entre estos estudios destacamos el 6,6% en la población de Castilla y León (8,97% en varones frente al 4,17 del sexo femenino), el 4-6% de los niños y niñas entre 6-15 años de Sevilla (valorados con DSM-II-R), el 1-2% de Navarra o el 3% de Valencia (valorado con el test de Conners).

Esta realidad se vuelve todavía más compleja si cabe, cuando hablamos de comorbilidades, Jensen *et al.* (2001) encontraron que más del 85% de los pacientes

presentaban al menos una comorbilidad y cerca del 60% tenían al menos dos comorbilidades, otros estudios hablan de un 50% con al menos una comorbilidad.

Existen estudios que describen afecciones comórbidas, cómo los trastornos de aprendizaje (hasta el 39% en lectura y el 30% en cálculo), Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (hasta el 47 %), Trastornos del Desarrollo del habla y trastornos expresivos (hasta el 54%), Trastornos generalizados del desarrollo (hasta el 26%), Trastorno de tics, Abuso de sustancias, trastorno del sueño, ansiedad, etc.

Así mismo, no debemos olvidar que el TDAH es un problema neurofisiológico y por tanto neuropsicológico, así diversos estudios indican que la población con TDAH presenta alteraciones en distintos componentes de funciones ejecutivas (inhibición de respuesta, planificación, etc), un déficit motivacional y un modelo cognitivo-energético de regulación (Sergeant, 2005).

Por tanto cuando hablamos de TDAH hablamos de un trastorno complejo y multifactorial, cuyos criterios diagnósticos han ido cambiando hasta hace apenas unos meses y cuya prevalencia fluctúa en función de estos criterios diagnósticos, la cultura o el momento histórico en el que nos encontremos.

Ante esta realidad surge una pregunta: ¿Por dónde empezamos a intervenir?.

La Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes publicada por el ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad en su edición del 2010, indica que “La combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos ejerce efectos inmediatos en los síntomas del TDAH mediante la utilización de la medicación, así como efectos de larga duración mediante el desarrollo de estrategias y habilidades cognitivas y de Comportamiento”

Recomendando como terapias efectivas, el tratamiento psicológico con entrenamiento cognitivo-conductual, tratamiento psicopedagógico y el tratamiento farmacológico (metilfenidato y la atomoxetina), rechazando otras terapias por no haber evidenciado científicamente su eficacia.

No son tan taxativas otras guías o estudios en países como Gran Bretaña, EE.UU. o Australia.

Este último país en el documento “Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD)” de Junio de 2009 afirma que para el abordaje de las dificultades de motricidad fina “La terapia ocupacional y / o evaluación de la fisioterapia son necesarios, especialmente para los niños más pequeños que tienen

problemas con la función motora , la escritura y organización espacial de su esquema corporal. Algunos datos de Australia indican que alrededor del 50 % de los niños con TDAH puede cumplir los criterios para el Trastorno de Coordinación del Desarrollo, mientras que un 30 % adicional puede tener algún grado de problemas motores, por lo que la Terapia ocupacional también puede tener un papel en la prestación de apoyo para la intervención...”

“La terapia ocupacional y / o evaluación de fisioterapia también pueden ser considerados para los niños con dificultades de procesamiento sensorial, puesto que se ha sugerido que un mal procesamiento sensorial puede contribuir a la perfil de comportamiento de los niños con ADHD, existiendo una superposición en las conductas descritas para los trastornos de modulación sensorial sobre Déficit de Atención e Hiperactividad”

Este y otros documentos y estudios en diversos países, dejan clara la necesidad de incluir dentro del equipo multidisciplinar de apoyo a las personas con TDAH y sus familias la figura del Terapeuta Ocupacional.

En conclusión podemos afirmar que cada niño con TDAH tiene una constelación única de problemas y muchas áreas funcionales se pueden ver afectadas. Por lo tanto, es importante adoptar un enfoque de evaluación multidimensional con el fin de determinar cómo el TDAH está afectando al desarrollo del niño y su rendimiento en las diferentes áreas de ocupación.

El terapeuta Ocupacional debe ser una de las figuras de referencia en la intervención de muchas de las dificultades que encuentran las personas con TDAH, siendo especialmente significativa su aportación en tres áreas específicamente afectadas, *las funciones ejecutivas* y su reflejo en el desempeño en actividades de la vida diaria, *las Dificultades de Procesamiento/modulación Sensorial* (que interfieren significativamente en las habilidades para inhibirse, mantener un ajustado nivel de alerta y atención y otras características específicas del niño/a con TDAH) y *las dificultades motrices (incluidas las habilidades manipulativas)*, presentes según algunos estudios en más de un 85% de los niños y niñas diagnosticados de TDAH.

El reto está en demostrar al resto de la comunidad científica, que nuestro trabajo es riguroso y científico, que nuestra disciplina debe formar parte de los programas de intervención y que el desempeño de la persona con TDAH va más allá del ámbito

clínico o educativo y afecta a cualquier actividad de su vida diaria, desde atarse unos zapatos a saltar en paracaídas.

“Práctica clínica sobre técnicas neurológicas de tratamiento para pacientes con daño cerebral adquirido”.

Ángel Sánchez Cabeza. Terapeuta Ocupacional. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Dr. en Patología Neurológica. Universidad Rey Juan Carlos. Profesor asociado. Universidad Rey Juan Carlos. Especialista en daño cerebral adquirido. Experto en evaluación y rehabilitación Neuropsicológica y Neurolingüística. Experto en ortopedia y ayudas técnicas. Terapeuta y reeducador de mano.

El objetivo fundamental de esta comunicación es describir las principales “técnicas neurológicas” (mirror therapy, constraint induced movement therapy, ICARE, NEURO, tratamientos orientados a la actividad, técnicas basadas en la neurofacilitación...) aplicadas en la práctica clínica en la terapia ocupacional e investigar los efectos que tienen sobre los resultados de la rehabilitación, así como, su influencia sobre la propia terapia ocupacional.

La diversidad que existe en la presentación del daño cerebral adquirido hace que la investigación sobre los ensayos clínicos relacionados con el pronóstico, las medidas de resultados sensibles y la efectividad del proceso rehabilitador, cambien a lo largo del tiempo.

La naturaleza multidisciplinar que presenta la rehabilitación del daño cerebral adquirido donde el terapeuta ocupacional forma parte habitual de estos equipos, combinado con la individualización de los tratamientos en función de las variables personales de la lesión, las características del paciente y los tratamientos aplicados, dificultan también poder determinar que componentes particulares del proceso de rehabilitación son críticos para obtener resultados positivos. La rehabilitación en terapia ocupacional es compleja, el objetivo basado en la mejora funcional del paciente demanda intervenciones simultáneas tanto en el dominio de las habilidades cognitivas como en el dominio de las habilidades motoras, así como, la individualización de las estrategias a sus características particulares. Por otra parte, diferenciar los efectos de la recuperación natural o espontánea de la producida por la rehabilitación es un elemento difícil de analizar y que implica en la práctica clínica criterios éticos, sin embargo, aquellos pacientes que han sido sometidos a intervenciones varios años tras el daño cerebral han demostrado mejoras causadas por las estrategias rehabilitadoras.

Los terapeutas ocupacionales especializados en daño cerebral adquirido debemos evaluar constantemente si la evidencia disponible es aplicable a las necesidades particulares del paciente que estamos tratando y si ésta es viable teniendo en cuenta las características de nuestro entorno rehabilitador, esta es la parte más importante de la práctica clínica. Cualquier toma de decisiones clínica no debe considerar sólo las investigaciones seleccionadas sino también las preferencias individuales del paciente y la experiencia del terapeuta ocupacional.

En el momento actual existe un cuerpo de conocimiento creciente que proporciona evidencia sobre la recuperación de las alteraciones motoras y cognitivas de los pacientes con daño cerebral adquirido. Los terapeutas ocupacionales debemos revisar y extrapolar los elementos que son comunes a la filosofía de la práctica de la terapia ocupacional además de estimular la investigación sobre la eficacia de estas intervenciones sobre los componentes del desempeño ocupacional. Puesto que la rehabilitación del paciente con daño cerebral adquirido es un proceso largo, la evaluación periódica de sus rutinas podría ser beneficiosa para determinar si se están produciendo cambios que podrían requerir servicios de rehabilitación a corto plazo para mejorar o mantener su capacidad para participar en ocupaciones significativas. Además, los pacientes con daño cerebral adquirido podrían presentar nuevas necesidades rehabilitadoras una vez asumen sus nuevos roles o los cambios que se producen en su entorno más próximo.

Existen múltiples “técnicas neurológicas” pero cuatro tipos de intervenciones (selección de objetivos de forma activa con el paciente, estrategias compensatorias, adaptaciones del entorno y nuevas tecnologías, práctica intensiva) muestran beneficios para la participación en ocupaciones significativas (AVD básicas e instrumentales); aunque la fuerza de estas evidencias tiene limitaciones fundamentalmente relacionadas con el diseño y la metodología de los estudios. De esta forma, la práctica centrada en el paciente facilita la adherencia y el establecimiento de los objetivos durante el proceso de terapia ocupacional, aspecto que muchas veces no es posible porque pueden presentar una clara falta de conciencia sobre sus limitaciones lo que determinará en cierta medida el éxito de las intervenciones. Por otra parte, aquellas intervenciones que incorporan estrategias compensatorias, modificaciones del contexto y práctica intensiva para la selección de los objetivos, conductas y tareas a rehabilitar tienen mayor potencial para la mejora en la participación en las AVD. Así, los terapeutas ocupacionales necesitamos revisar continuamente la búsqueda para la combinación ideal de intervenciones donde seleccionemos los elementos cruciales que faciliten el éxito de la práctica de la terapia ocupacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional para la rehabilitación del control motor. Tratamientos basados en actividades para pacientes con daño cerebral adquirido. Editorial Académica Española. Alemania. 2011.

Manejo de la tecnología Sensecam como producto de apoyo en la rehabilitación de la memoria en personas con Daño Cerebral Adquirido

Elisa Pascual Agudo. Terapeuta Ocupacional (CEADAC)

El Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) de Madrid es un recurso sociosanitario público, dedicado a la rehabilitación integral e intensiva de personas con lesión cerebral adquirida y no progresiva de cualquier causa.

El perfil de los usuarios que acuden al centro es el siguiente: edad comprendida entre los 15 y 55 años, clínicamente estables, dados de alta en el hospital recientemente, capaces de participar activamente en su proceso de rehabilitación y de tolerar un programa de rehabilitación de un mínimo de dos horas. El tiempo máximo de estancia en el centro es de 18 meses y pueden realizar la rehabilitación en régimen ambulatorio o residente.

Una vez admitido el usuario en el centro, se desarrolla un programa individualizado de rehabilitación. El usuario pertenece a uno de los tres equipos interdisciplinares que existen en el centro. Todas las actividades planteadas se realizan teniendo en cuenta las características de la persona y su entorno, procurando así mayor validez ecológica. El fin último es que la persona consiga una mayor autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria y aumente por tanto su calidad de vida y la de sus familiares.

Las personas afectadas por un daño cerebral adquirido (DCA) presentan gran variedad de déficits físicos, cognitivos, conductuales y sociales. El Terapeuta Ocupacional es uno de los profesionales del equipo interdisciplinar. Las modalidades terapéuticas que existen en esta disciplina son: terapia ocupacional individual, terapia ocupacional supervisada y talleres cognitivos grupales.

Uno de los componentes del desempeño ocupacional que suele estar alterado en estas personas es la memoria. En este taller se revisará qué tipos de memoria hay para centrarse específicamente en la memoria episódica.

En el CEADAC se emplean diferentes técnicas y productos de apoyo para la rehabilitación de la memoria episódica o para la compensación de la misma.

Se establece una clasificación de las ayudas externas para trabajar la memoria. En cada categoría se detallan sus características y se muestran diferentes ejemplos empleados en el CEADAC. En primer lugar se encuentran las ayudas externas de baja

tecnología y de alta tecnología. Posteriormente se detallan las ayudas externas pasivas y las activas, para finalmente centrarse en las ayudas externas estáticas y las dinámicas.

Una de las ayudas externas dinámicas muy novedosa en su desarrollo en este tipo de patología y que se está implantando en el CEADAC es la cámara Vicon Revue. Se trata de una cámara portátil basada en la tecnología Microsoft Sensecam. Toma fotografías automáticamente y siempre desde el punto de vista de la persona que la porta. Este dispositivo permite volver a sentir lo vivido al poder visionar cada una de las imágenes tomadas. Requiere ser constante y visionarlo diariamente.

En el taller se mostrarán cuáles son sus características generales, qué componentes la conforman, cuál es el manejo de la cámara y qué posibilidades de edición tiene el programa del ordenador asociado a la cámara. También se mostrará la metodología de trabajo seguido en el centro con los usuarios.

Se presentará un pequeño estudio llevado a cabo en el centro en relación a la efectividad del uso de la cámara Vicon Revue en usuarios con problemas crónicos de memoria tras un DCA. Se visionarán vídeos de este estudio mostrando las sensaciones de los participantes.

Además se mostrará el diseño del futuro estudio que se quiere llevar a cabo en el CEADAC para objetivar la actividad cerebral que existe al ver imágenes obtenidas con la tecnología Sensecam.

Antes de ofrecer las conclusiones del uso de la tecnología Sensecam se visionarán vídeos de usuarios que han utilizado la cámara Vicon Revue durante su estancia en el CEADAC.

Para la realización de este taller se han utilizado artículos obtenidos de bases de datos científicas. Entre ellos destacan los siguientes:

1. Berry E, Kapur N, Williams L, Hodges S, Watson P, Smyth G, et al. The use of a wearable camera, Sensecam, as a pictorial diary to improve autobiographical memory in a patient with limbic encephalitis: A preliminary report. *Neuropsychol Rehabil* 2007; 17(4/5): 582-601.
2. Hodges S, Berry E, Wood K. Sensecam: A wearable camera that stimulates and rehabilitates autobiographical memory. *Memory* 2011; 19(7): 685-696.
3. Loveday C, Conway MA. Using Sensecam with an amnesic patient: accessing inaccessible everyday memories. *Memory* 2011; 19(7): 697-704.

TERAPIAS CREATIVAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE PSIQUIÁTRICA

Carmen Asensio

En esta presentación se describen las características de la unidad de hospitalización breve psiquiátrica (UHB), y las dificultades a las que ha de enfrentarse el terapeuta ocupacional en la intervención en este tipo de unidad. Se describen algunas de las características que diferencian al tipo de pacientes, grupos y modalidades de intervención. Se hace especial hincapié en la contribución de las terapias creativas, concretamente la arteterapia en la atención a personas con enfermedad mental en situación de crisis o fase aguda.

Las UHB son unidades destinadas a la atención en crisis, cuyo programa está indicado en aquellas personas para las que el tratamiento ambulatorio es insuficiente para el control de su sintomatología por lo que necesitan mayor número de cuidados y supervisión durante un periodo de tiempo “breve” (hasta la resolución de la crisis o fase aguda o de la situación que produjo el ingreso).

La resolución de la crisis en el menor tiempo y la coordinación con otros recursos para la óptima planificación del alta son objetivos fundamentales. Para el logro de éstos objetivos se considera imprescindible el tratamiento farmacológico y la provisión de cuidados y supervisión de enfermería, en un ambiente de control y seguridad.

En este tipo de unidades la terapia ocupacional se orienta también hacia la recuperación o estabilización del paciente. La intervención se centra en la mejora de la sintomatología, adherencia al tratamiento y al ingreso, establecimiento de rutinas estructuradas, participación en actividades y relaciones sociales, respondiendo a las necesidades ocupacionales y de interacción social y estimulando las habilidades de manera global.

La terapia ocupacional, proporciona al paciente la oportunidad de mantener un papel activo en el proceso de tratamiento.

Gran parte de la intervención se hace de forma grupal, siendo características de los grupos de unidades de agudos las siguientes dificultades:

- Pacientes en fase aguda o en crisis
- Estancia breve y por tanto poco tiempo para la intervención
- Sesiones interrumpidas frecuentemente porque los pacientes son llamados a consulta, visitados por especialistas en interconsulta o por otros profesionales, trasladados a pruebas...

- Terapias dirigidas a la totalidad o al mayor número posible de pacientes
- Grupos heterogéneos en todos los aspectos: patologías y evolución, funcionalidad, edad, procedencia, nivel económico y cultural, intereses, habilidades...
- Grupos abiertos. Altas y nuevos ingresos frecuentes. Adaptación a continuos cambios de miembros del grupo. Los nuevos ingresos han de ser admitidos en el grupo con la mayor inmediatez.
- Dinámica grupal siempre en fase inicial

Este contexto puede generar en el terapeuta sensación de frustración y discontinuidad por la variación de niveles de funcionamiento, motivación y diagnósticos entre pacientes y también percepción de “superficialidad” de los grupos de terapia cuyos miembros pueden cambiar diariamente.

Es necesario adaptarse al tipo de unidad y de paciente, a la participación impredecible, a la diversidad de grupos y a los continuos cambios de integrantes.

Se hace así necesaria la intervención mediante “grupos de terapia breve”, abiertos, heterogéneos, altamente tolerantes y flexibles.

La versatilidad del Arteterapia permite llevar a cabo un trabajo importante en entornos asistenciales distintos. En general, se puede llamar arteterapia a todo proceso terapéutico que utiliza medios y objetos referidos a categorías artísticas, en especial a las artes plásticas y visuales. Esto incluye desde la pintura y escultura, hasta formas más contemporáneas como la fotografía, el vídeo o la instalación

Existen terapias que trabajan con otras modalidades artísticas como la musicoterapia, danzaterapia o dramaterapia

Según la Asociación Americana de Arte Terapia (AATA), el Arte Terapia es una profesión de salud mental que utiliza el proceso creativo de “hacer arte” para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades.

En la UHB, no siempre será posible trabajar sobre aspectos introspectivos, de expresión y resolución de conflictos, de desarrollo emocional y personal. Sin embargo puede servir para contrarrestar el efecto emocional adverso del ingreso, disminuir la ansiedad y facilitar la comunicación entre pacientes y entre estos y el personal.

En la presentación se hace una descripción de la aplicación de técnicas de arteterapia grupal, cómo se organizan y desarrollan las sesiones, qué materiales se utilizan, y en torno a qué objetivos y temas se desarrollan las sesiones.

Se ofrece así una visión general, con algunos ejemplos de sesiones concretas, de cómo este tipo de técnicas y actividades pueden ser de gran utilidad en el tratamiento de pacientes agudos de salud mental y qué aspectos es necesario manejar para adaptar la técnica a las dificultades de intervención propias de este tipo pacientes y unidades.

1. Los Centros y equipamientos

5 centros en la Localidad, horarios de apertura de 9:30 a 20h, servicio de prensa diaria, cafetería, zona wifi, acceso libre a internet, aula abierta de informática, biblioteca, sala de lectura, sala de juegos de mesa, **salas polivalentes para talleres y actividades**, **2 cocina adaptadas**, **3 baños geriátricos**, 1 piscina terapéutica, servicio de asesoría jurídica, 2 peluquerías y 1 podología, 2 salas de billar, y espacios para asociaciones.

2. El Equipo del Servicio de Mayores

1 Coordinadora, 3 Administrativos (Entrega de carnets de socio, Abono transporte). 1 Responsable de Centros. 1 Psicólogo. 4 Animadores (Talleres, Eventos Comunitarios, Salidas, Viajes,). 5 Terapeutas Ocupacionales. 2 Auxiliares de Geriátrica con carné de conducir BTP . 14 Técnicos Auxiliares (Tramitación de comidas, Podología, Peluquería, Viajes, Balnearios; apoyo a talleres,)

3. Sistemas de Comunicación inter-centros e inter-profesionales- usuarios

- Comunicación entre los trabajadores de los centros u otras instituciones
- Información hacia los usuarios y familiares.

4. Perfil del usuario

Pensionistas, jubilados, personas mayores de 65 años, viudas mayores de 55 años y Personas en Situación de Dependencia.

5. Procedimiento de Acceso.

- a) Preinscripciones a talleres anuales o trimestrales, publicitadas en la revista municipal ó en los tabloneros de anuncios
- b) Durante todo el año por parte del propio usuario
- c) Derivación de servicios sociales, trabajadora social del centro de Salud...
- d) Solicitud de un familiar

INTERVENCIÓN

1. Individual

1^a Entrevista / Valoraciones. Asesoramiento o Intervención, **en el Centro y/o en el Domicilio**. Plan de Actividades Ocupacionales Domiciliaria

2. Grupal Talleres Preventivos ó de Apoyo a Personas en Situación de Dependencia. Charlas Formativas-Informativas. Espacios de Promoción de la Salud. Actividades Complementarias al desarrollo de los objetivos en el Centro, en Madrid

Objetivos Generales. Se trabaja desde dos Programas:

Programa de **ATENCIÓN GENERAL AL MAYOR**

1. Promover y gestionar la diversidad de servicios (abono transporte, cafetería, prensa...)

Programa de **INTERVENCIÓN INTEGRAL CON EL MAYOR**

1. Promover servicios y acciones que faciliten una adaptación saludable a los cambios
2. Facilitar a los mayores más vulnerables el mantenimiento de su autonomía a través del Programa de TO domiciliaria.
3. Sensibilizar a los ciudadanos sobre el valor de las personas mayores promoviendo una imagen positiva de esta población en la sociedad, impulsando actuaciones de Voluntariado, con Asociaciones del Municipio, y posibilitando la igualdad la relación generacional.

Niveles de Intervención:

→**Prevención** PPMM sin factores de riesgo añadido. Potenciando las HH de desempeño ocupacional y el envejecimiento saludable

→**Mantenimiento**, dirigido a PPMM con dependencia leve. Donde se trabaja a través del Entrenamiento de la Función Motora, Cognitiva y Psicosocial

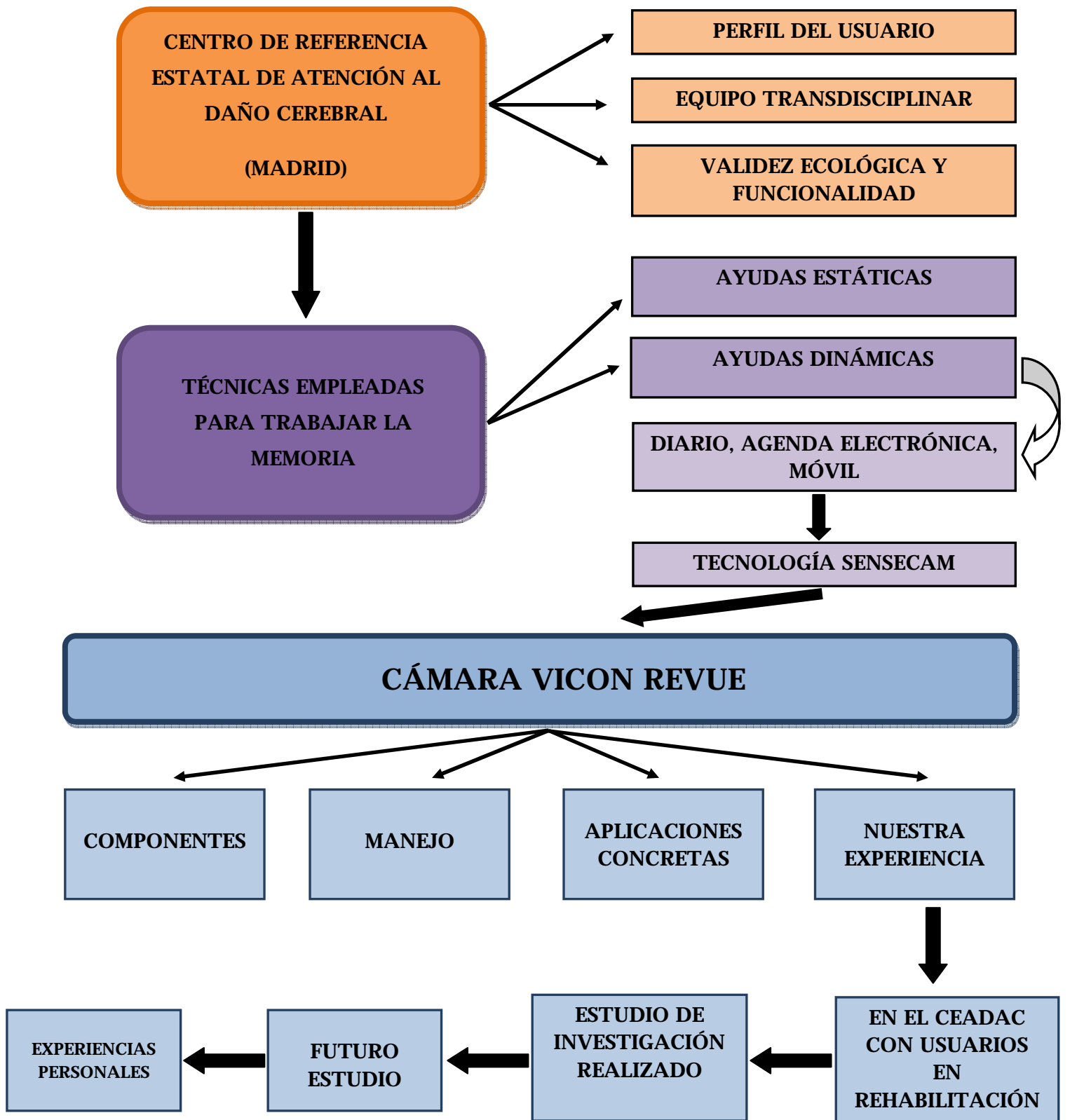
→**Apoyo a la Dependencia** dirigido a PPMM que requieren apoyo para sus AVD. En este nivel se asesora, valora e instauran servicios de apoyo

EL EQUIPO DE TO

- *Conocimiento de los RR. Inter-relación con el entorno*
 - Atención Global Continuada y Cercana
 - Organización Interna del trabajo
(Zonas de Referencia)
 - Coordinación, Programación y Gestión con otras Entidades
 - Base de Datos de Préstamo de Ayudas Técnicas
 - Intermediación con la Empresa de Adaptaciones Domiciliarias
 - Informes de la Gestión Programática por Objetivos (GPO)
 - Voluntariado
- Tutorización de alumnos

Manejo de la tecnología Sensecam como producto de apoyo en la rehabilitación de la memoria en personas con Daño Cerebral Adquirido

Elisa Pascual Agudo (Terapeuta Ocupacional). CEADAC (Madrid).



Vicon Revue es una cámara portátil basada en la tecnología Microsoft SenseCam. Toma fotografías automáticamente y siempre desde el punto de vista de la persona que la porta. Es una herramienta muy útil para trabajar con personas que tienen alterada la memoria episódica. Este dispositivo permite volver a sentir lo vivido al poder visionar cada una de las imágenes tomadas. Requiere ser constante y visionarlo diariamente.

Personas implicadas en el estudio: Álvaro Bilbao Bilbao y Olalla Robles Aranda (Neuropsicólogos CEADAC)