

*Si tu mente no está nublada por las cosas innecesarias,
esta es la mejor época de tu vida.*

WU-MEN

Contenido

- Objetivos
- Introducción
- Los trastornos psicóticos
- Evaluación y análisis ocupacional sobre el funcionamiento de la persona diagnosticada de un trastorno psicótico
- Intervención ocupacional en los trastornos psicóticos
- Estudio de un caso
- Resumen
- Preguntas de autoevaluación
- Referencias

Objetivos

- Analizar la influencia de los síntomas que pueden presentar las personas diagnosticadas de algún trastorno psicótico en el funcionamiento ocupacional, según las definiciones aportadas por las dos clasificaciones diagnósticas más utilizadas internacionalmente: DSM-IV-TR y CIE-10.
- Considerar las cuestiones básicas que se han de tener en cuenta, durante la fase de evaluación ocupacional, con personas diagnosticadas de algún trastorno psicótico.
- Plantear programas, técnicas y estrategias habitualmente utilizados con personas que padecen algún trastorno psicótico, y disponer de criterios técnicos suficientes para utilizarlos durante el proceso de intervención ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La existencia de un trastorno psicótico y la sintomatología relacionada con éste influyen en el funcionamiento ocupacional (áreas ocupacionales, patrones, habilidades de desempeño, etc.) de la persona. Sin embargo, dejando a un lado el diagnóstico, es imprescindible considerar que existen otros factores que pueden influir en él en igual o mayor medida, como por ejemplo los valores culturales, los modelos familiares o el nivel previo de dicho funcionamiento.

En este capítulo se analiza la relación existente entre los diferentes síntomas que pueden acompañar a los trastornos psicóticos y el funcionamiento ocupacional, sin pretender con ello asegurar que todas las personas que presentan

un determinado síntoma funcionan de la misma manera.

Asimismo, no existe un método de intervención ocupacional único y exclusivo con relación a cada tipo de trastorno o a cada sintomatología concreta. La evaluación individualizada, incluyendo el análisis de la información obtenida de la persona, determinará los objetivos ocupacionales que se han de conseguir. Para su abordaje, es recomendable disponer de un amplio repertorio de programas y estrategias de intervención, de manera que en cada caso se puedan emplear los más eficaces. En este capítulo se exponen una serie de programas, técnicas y herramientas que pueden ser de utilidad para el abordaje de objetivos relacionados con las necesidades que suelen surgir ante la presencia de determinada sintomatología psicótica.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Según la clasificación diagnóstica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), los trastornos psicóticos son aquellos que tienen como característica definitoria

la presencia de síntomas psicóticos (sin dicha característica definitoria, el diagnóstico no considera la enfermedad entre los trastornos psicóticos). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) establece un diagnóstico diferencial (Tabla 16-1) en función de la presencia de una

TABLA 16-1. Clasificación Internacional de Enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10, Eje V)

F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
F20	Esquizofrenia
F20.0	Esquizofrenia paranoide
F20.1	Esquizofrenia hebefrénica
F20.2	Esquizofrenia catatónica
F20.3	Esquizofrenia indiferenciada
F20.4	Depresión postesquizofrénica
F20.5	Esquizofrenia residual
F20.6	Esquizofrenia simple
F20.8	Otras esquizofrenias
F20.9	Esquizofrenia sin especificación
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastornos de ideas delirantes persistentes
F22.0	Trastorno de ideas delirantes
F22.8	Otros trastornos de ideas delirantes persistentes
F22.9	Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos transitorios
F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación
F24	Trastorno de ideas delirantes inducidas
F25	Trastornos esquizoafectivos
F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
F25.1	Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo
F25.2	Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto
F25.8	Otros trastornos esquizoafectivos
F25.9	Trastorno esquizoafectivo sin especificación
F26	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
F26.9	Psicosis no orgánica sin especificación

síntomas u otros de carácter psicótico, y de su forma de presentación. Concretamente, afirma que la esquizofrenia «se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. [...] se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos [...]» (Organización Mundial de la Salud, 1999).

Tras varias definiciones adoptadas por los manuales diagnósticos sobre el término psicótico, la última que recoge el DSM-IV-TR hace referencia a la pérdida de los límites de sí mismo o a un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Estos síntomas pueden ser: alucinaciones, ideas delirantes, trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado y comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros (López-Ibor y Valdés, 2002).

EVALUACIÓN Y ANÁLISIS OCUPACIONAL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

La evaluación ocupacional supone recabar y analizar información, junto con la persona, sobre

su funcionamiento ocupacional en relación con los roles que configuran su identidad y el equilibrio existente entre ellos, teniendo en cuenta las diferentes áreas en las que se estructura la ocupación humana: actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, trabajo, educación, juego, esparcimiento y participación social (American Occupational Therapy Association, 2002) (Fig. 16-1).

La evaluación ha de considerar, además, en qué medida el grado de funcionalidad en el desempeño de estos roles está influido por los hábitos, intereses y valores tanto actuales como pasados, las capacidades personales y el grado de confianza de la persona en sí misma para afrontar las demandas cotidianas, así como la influencia del entorno físico y social. Por otra parte, es importante recoger información sobre las expectativas ocupacionales de la persona, así como sobre el grado de confianza que tiene en lo que respecta a la consecución de las mismas.

Tanto a la hora de evaluar como a la de programar una intervención, es necesario tener en cuenta que el hecho de que una persona participe o no en determinadas actividades depende de los siguientes factores:

- Que pueda realizar la actividad, lo cual supone que ha de reunir los conocimientos y destrezas necesarios para llevarla a cabo.

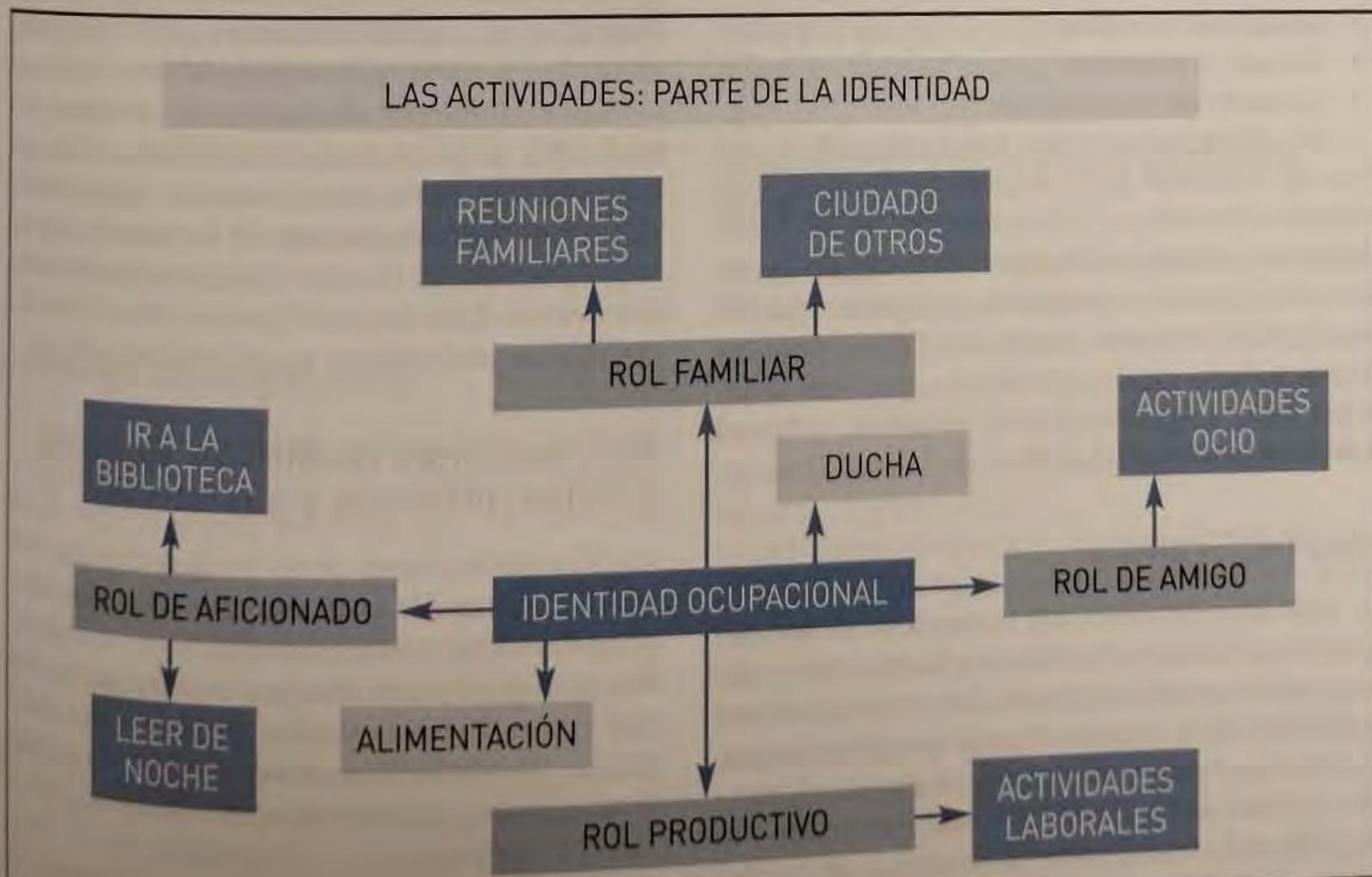


FIGURA 16-1

Ejemplo esquemático sobre los roles que configuran la identidad ocupacional y algunas de las actividades relacionadas con ellos.

- Que quiera y se sienta capaz, lo que va a depender de sus intereses, valores, sentido de capacidad personal y autoeficacia (Kielhofner, 2004).
- Que tenga la oportunidad de realizarla, lo que implica que los factores ambientales (físicos, sociales, etc.) la faciliten.
- Que se organice para ello, de modo que ha de disponer de un tiempo y un espacio concretos y estructurados, es decir, hábitos y rutinas, para llevarla a cabo.

Cuando se recaba información sobre el motivo principal por el que una persona no participa en determinadas actividades, es importante identificar las dificultades y potencialidades relacionadas con estos factores.

Por otra parte, en el caso concreto de personas que presentan algún trastorno psicótico, es necesario tener en cuenta durante la evaluación aspectos concretos relacionados con la enfermedad que presenta, como son el momento del ciclo vital en el que aparece, la sintomatología positiva, la sintomatología negativa, el déficit cognitivo y los efectos secundarios de la medicación (Abad y García, 2002).

Dentro de los trastornos psicóticos, según señala el DSM-IV-TR, por ejemplo en el caso de la esquizofrenia, uno de los criterios diagnósticos es la existencia de dificultades en las siguientes áreas, con relación al funcionamiento previo de la persona:

- Relaciones sociales.
- Trabajo o estudios.
- Cuidado de uno mismo.

La afectación en estas áreas dependerá del tipo de síntomas que presente la persona, por ejemplo con relación al contenido de las ideas delirantes, el tipo de alucinaciones, etc. En los siguientes apartados se analiza el impacto que los principales síntomas, tanto si se presentan de forma aislada como simultánea, pueden tener sobre éstas y otras áreas y, en definitiva, sobre el funcionamiento ocupacional de la persona.

Ideas delirantes

Las ideas delirantes son creencias erróneas, resistentes a la argumentación y a la evidencia, que no pueden entenderse dentro del contexto cultural o religioso de la persona. Pueden ser ideas de persecución, autorreferenciales, de contenido religioso, de grandiosidad o somáticas. Otras ideas expresan pérdida del control sobre la mente o el cuerpo (robo, inserción y control del pensamiento).

Las ideas delirantes de persecución y autorreferenciales tendrán una gran influencia en las

áreas ocupacionales que impliquen la interacción con otras personas, como el área de participación social, las áreas de estudios, trabajo y voluntariado, el área de juego y la de ocio.

Las ideas delirantes somáticas suelen influir en mayor medida en las áreas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En momentos de mayor estabilidad psicopatológica, la persona puede participar en actividades relacionadas con su cuidado personal, puede mantener su actividad laboral o formativa y participar en actividades de ocio o de tipo social, sin que las ideas delirantes, que pueden estar presentes, interfieran de manera incapacitante.

Los *hábitos y la rutina* de la persona que presenta ideas delirantes se verán afectados especialmente en momentos de crisis o de fase activa de la enfermedad, en los que las ideas están más presentes o adquieren mayor intensidad. En estos momentos es frecuente que la preocupación o angustia, entre otros problemas que originan estas ideas, den lugar a una desorganización en los hábitos de sueño o de alimentación, a dificultades para cumplir con horarios de actividades laborales o formativas, o para participar en actividades de ocio.

Cabe señalar que las personas que presentan como síntoma principal ideas delirantes, en momentos en los que estas ideas no están presentes o su intensidad es muy baja, por ser un período estable psicopatológicamente, pueden mantener un funcionamiento equilibrado, participando en unos hábitos saludables y estables.

Las *habilidades de desempeño* no tienen por qué verse afectadas por este síntoma, salvo que coexista con otros, o su presencia haya interferido en el funcionamiento de la persona por un largo período de tiempo (ingresos psiquiátricos frecuentes, falta de participación en actividades cotidianas, aislamiento social prolongado, etc.).

Alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfativas y gustativas)

Son alteraciones de la percepción. Las más frecuentes son las auditivas, generalmente identificadas como voces, conocidas o desconocidas, que comentan, insultan u ordenan, percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. Con menor frecuencia se presentan alucinaciones visuales, olfativas, gustativas o cinestésicas.

La influencia de las alucinaciones sobre las actividades cotidianas que realiza la persona, teniendo en cuenta las *áreas ocupacionales*, dependerá del tipo y contenido de las mismas.

Una persona a la que las voces le dicen que no coma, y la insultan si lo hace, difícilmente será capaz de mantener una alimentación adecuada y equilibrada. Una persona que oye voces, las cuales identifica con las de sus vecinos, diciendo que van a hacer daño a su familia, es probable que se manifieste hostil con ellos y que esta situación interfiera en el área de participación social, entre otras. Si otra persona ve a un jefe que tuvo en un trabajo anterior constantemente en el rincón de su dormitorio, es probable que sus hábitos de sueño se vean perturbados.

Como ocurre en el caso de las ideas delirantes, los *patrones de desempeño* se ven afectados por la presencia de alucinaciones, principalmente en fases activas de la enfermedad, en las que la persona no puede organizarse y prestar atención a sus actividades cotidianas; en efecto, en esos momentos, la confusión, la angustia y la preocupación por lo que está pasando impiden que pueda organizar su día a día y mantener su rutina cotidiana.

Las *habilidades de desempeño* pueden verse afectadas en la medida en que las alucinaciones se relacionan directamente con la percepción distorsionada, afectando al desempeño en función de las características de las mismas. No es que la persona presente limitaciones sensoriales, sino que percibe en ausencia del estímulo externo, como se comenta en la descripción del síntoma. Cabe señalar que es frecuente que la presencia de alucinaciones impida que la persona pueda prestar atención a otros estímulos ambientales necesarios para desempeñar determinadas actividades. Igualmente, la dificultad para atender en una conversación puede originar problemas en la comunicación y en las interacciones sociales.

Lenguaje desorganizado

Este tipo de lenguaje se considera la manifestación del pensamiento desorganizado. Puede ocurrir que la persona salte de un tema a otro «perdiendo el hilo», lo que se denomina descarrilamiento o pérdida de asociaciones, puede dar respuestas con una relación oblicua o sin relación con las preguntas, lo que se conoce como tangencialidad, o mostrar un lenguaje gravemente desorganizado casi incomprensible, lo que se denomina incoherencia o ensalada de palabras.

En relación con las diferentes *áreas ocupacionales*, las que se ven más afectadas por el lenguaje desorganizado son las de participación social, la laboral, la formativa y la de volunta-

riado, debido a que incluyen actividades en las que la comunicación suele ser imprescindible para participar en ellas. El área de ocio puede verse también afectada, sobre todo en relación con la participación en actividades gratificantes con otras personas o en las que sea imprescindible la comunicación; pero, igualmente, si la sintomatología persiste, es un área que se puede compensar con la incorporación de actividades de ocio de carácter individual (labores, pintura, música, etc.).

A veces, puede sorprender cómo una persona con graves dificultades de comunicación, debido a la utilización de un lenguaje desorganizado, realiza tareas y actividades relacionadas con su cuidado y mantenimiento personal (aseo, alimentación, utilización de transportes, manejo de asuntos financieros, etc.), con un funcionamiento suficiente o adaptativo.

El lenguaje desorganizado, en cuanto a los *hábitos y la rutina*, también puede provocar algunas dificultades dependiendo del grado de afectación y el modo de manifestación del síntoma. Es frecuente que a la persona le cueste mantener unos hábitos en lo que se refiere a su aseo personal, la alimentación, el sueño, la realización de las tareas del hogar o la participación en actividades de ocio, de forma autónoma.

En cuanto a las *habilidades de desempeño*, es evidente que las principales habilidades afectadas por este síntoma son las de procesamiento y las de comunicación.

Comportamiento desorganizado o catatónico

El comportamiento desorganizado se manifiesta en conductas extrañas, transgrediendo normas, usos y costumbres. Implica dificultades en el comportamiento dirigido a un fin; por lo tanto, también en la organización y realización de actividades de la vida cotidiana (comidas, hábitos de higiene, etc.).

El comportamiento catatónico incluye una disminución de la reacción al entorno, que algunas veces alcanza un grado extremo de falta de atención, manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido, asumir posturas inapropiadas o extrañas o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador.

Actualmente, es más frecuente encontrarlo con el comportamiento desorganizado que con el catatónico (el análisis planteado se centrará sobre todo en el primero).

El comportamiento desorganizado influye en cualquiera de las actividades cotidianas de la persona; por lo tanto, afecta a cualquiera de las *áreas ocupacionales*. Dado que afecta a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el resto de las áreas se ven tanto directa como indirectamente afectadas.

En algunas ocasiones la persona puede preservar el desempeño funcional en alguna actividad concreta, sobre todo si ha sido importante en su vida y ha acumulado un gran número de conocimientos y habilidades para realizarla. En estos casos puede ser útil compensar las carencias en las áreas necesarias (higiene, tareas domésticas, etc.) para que la persona pueda seguir desempeñando dicha actividad significativa.

Como su nombre indica, la característica principal es el desorden, tanto en lo que respecta a los *hábitos* como a las *rutinas*. La persona difícilmente mantendrá unos hábitos estables en su día a día, relacionados con la higiene, la alimentación o el sueño y, por lo tanto, con el resto de las actividades que configuran su rutina.

Aunque generalmente las *habilidades de desempeño* se ven afectadas por la coexistencia de varios síntomas, el comportamiento desorganizado tiene una mayor influencia sobre las habilidades de procesamiento que sobre las habilidades motoras de la persona.

Síntomas negativos

Los más frecuentes son los siguientes:

- Afectividad aplanada o inapropiada: se caracteriza por la inmovilidad o falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.
- Alogia: se manifiesta como una reducción de la cantidad, calidad y espontaneidad del pensamiento y su lenguaje, y un aumento de la latencia de respuesta o bloqueo.
- Abulia: se caracteriza por la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.
- Anhedonia: es la pérdida de interés o de placer.

Es frecuente que todos o varios de estos síntomas se presenten de forma simultánea. Se manifiestan principalmente en la esquizofrenia y suelen mantenerse durante la fase de estabilidad psicopatológica en la que la sintomatología positiva ha desaparecido o ha disminuido su intensidad. Esto implica que sean de abordaje necesario en unidades de hospitalización prolongada y en centros de rehabilitación, más que en unidades de hospitalización breve.

En relación con las *áreas ocupacionales*, la afectividad aplanada y la alogia interfieren principalmente en las actividades que requieren cierto grado de comunicación, es decir, las actividades relacionadas con el área de participación social, las actividades formativas, laborales o de voluntariado y algunas actividades instrumentales de la vida diaria. Aunque estos síntomas influyan en el funcionamiento de la persona, no tienen por qué resultar incapacitantes.

Síntomas como la abulia y la anhedonia interfieren en cualquier actividad cotidiana de la persona, por ejemplo, las tareas de aseo, las relacionadas con la cocina, las actividades de ocio, las formativas, etc. La dificultad principal está en que la persona emprenda actividades por propia iniciativa o mantenga la participación, al no recibir el refuerzo del disfrute o placer al realizarlas.

Cuando la persona ha dejado de participar en actividades que realizaba con anterioridad, durante largos períodos de tiempo, es probable que su sentido de capacidad personal y de autoeficacia para llevarlas a cabo haya disminuido. Esto se observa especialmente cuando dispone de habilidades suficientes para realizar determinadas actividades, las identifica como de interés y valoradas, pero no las lleva a cabo por considerar que no va a obtener buenos resultados, que no le saldrán bien.

La afectividad aplanada o la alogia no tienen por qué interferir en los *patrones de desempeño*, salvo cuando implican que la persona no puede desempeñar los roles anteriores.

En el caso de la abulia y la anhedonia, existe una clara influencia en los hábitos, rutina y roles. La rutina se caracteriza por un nivel muy bajo de actividad y hay roles que la persona deja de desempeñar.

La principal influencia sobre las *habilidades del desempeño* la ejercen el aplanamiento afectivo y la alogia, que suponen una interferencia en las habilidades de comunicación.

En el caso de la abulia y la anhedonia, la influencia sobre las habilidades de desempeño se manifiesta en la falta de participación en actividades cotidianas, con la consiguiente pérdida progresiva de las habilidades necesarias para realizarlas.

Otros síntomas

Además de los anteriores, propios de los trastornos psicóticos, es frecuente que aparezcan otros síntomas, entre ellos:

- Humor disfórico en forma de depresión, ansiedad o ira.

- Dificultades para concentrarse, bien por problemas para fijar la atención o por distracción a causa de la preocupación por los estímulos internos.
- Confusión y desorientación.

Estos síntomas aparecen en muchas ocasiones como pródromos, es decir, manifestaciones previas a una crisis, desestabilización psicopatológica o fase aguda de una enfermedad. Su detección es muy útil para la prevención de la recaída, ya que en el momento en que aparecen, la persona puede adoptar medidas que le ayuden a afrontarlas, lo que hace que disminuya el riesgo de recaída (adelantar la cita con su psiquiatra para que le reajuste la medicación, distanciarse de los factores estresantes que puedan estar influyendo en ese momento o manejarlos de otro modo, etc.). Esto no quiere decir que estos síntomas se mantengan en el tiempo aunque la persona se encuentre en una fase estable.

INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los aspectos ocupacionales en los que la persona presenta el origen de su disfunción (áreas ocupacionales, patrones de desempeño, destrezas, etc.) determinarán en gran medida los programas, técnicas y estrategias más eficaces en la intervención para la consecución de sus objetivos.

Intervención relacionada con las áreas ocupacionales

En la intervención ocupacional es importante que se favorezca la participación de la persona en actividades implicadas en su cuidado personal, y en actividades formativas, laborales,

de voluntariado o de ocio que impliquen participación social. Para ello, es útil elaborar programas que faciliten una participación equilibrada en las diferentes áreas, siempre acorde con los valores, intereses y roles de la persona. En la medida de lo posible es recomendable que las actividades relacionadas con la vida productiva y de ocio se realicen en la comunidad, de manera que la persona se mantenga integrada y se sienta parte activa de la sociedad (Tabla 16-2).

Cuando la persona se encuentra en una fase activa de la enfermedad, en la que las alucinaciones o los delirios se manifiestan de manera frecuente e intensa, interfiriendo en el desempeño de las actividades cotidianas, es útil que pueda participar en actividades de interés y valoradas, que le resulten gratificantes y que le exijan un nivel de atención que reduzca el tiempo que pueda prestar a estos síntomas.

Este tipo de intervención tendrá además una influencia positiva sobre el estado de ánimo, el autoconcepto y la autoestima. Es frecuente que los síntomas psicóticos provoquen una gran confusión, lo que repercute en la identidad de la persona, que, en fases de crisis, puede no entender qué le está pasando o por qué los demás muestran «extrañeza», percibiéndose como «rara y diferente» para ellos; a veces incluso puede llegar a «no saber ni quién es». Participar en actividades que forman parte de su cotidianidad, que se relacionan con los roles que identifica en la actualidad o en su pasado, que valora y que le gusta realizar, puede ir devolviéndole esa identidad «cuestionada» y hacer que vaya recuperando el sentido de su vida.

En el caso de la persona que presenta como síntoma principal un lenguaje desorganizado de manera persistente, que no remite ante inter-

TABLA 16-2. Listado de programas mediante los que se puede intervenir en todas las áreas ocupacionales en los trastornos psicóticos

- Programas de autocuidados y educación para la salud (higiene, alimentación, sueño, actividad física, etc.)
- Programas de psicoeducación y autoadministración de la medicación
- Programas de mantenimiento doméstico (limpieza, cuidado de la ropa, cocina, compras, reparaciones, gestiones domésticas, etc.) y administración económica
- Programas de integración comunitaria (utilización de transportes, conocimiento y participación en cursos, etc.)
- Programas de rehabilitación o compensación productiva (actividades formativas, de carácter laboral y de voluntariado en la comunidad o en el propio centro)
- Programas de ocio y participación social (habilidades sociales, actividades relacionadas con el deporte, actividades creativas, culturales, fiestas y celebraciones, etc.)

venciones dirigidas a recuperar la función, la intervención más útil consiste en ofrecerle la posibilidad de participar en actividades que requieran principalmente destrezas motrices (jardinería, carpintería, tareas de mantenimiento, etc.) y que no precisen un amplio abanico de habilidades de procesamiento y de comunicación, con el objetivo de que pueda mantener un buen sentido de capacidad personal y autoestima.

Para las personas que muestran un comportamiento desorganizado puede ser de utilidad la secuenciación fija de la actividad y la adaptación ambiental (Margallo, San Juan, Jorquera y Navas, 2005); así, se dispone la estructura y el orden, colocando los objetos en los lugares en los que se van a utilizar (productos de aseo a la vista y en el baño, alimentos ordenados en la nevera, etc.), así como señales visuales y acústicas. También pueden ser útiles el ensayo cognitivo, las autoinstrucciones, el modelado, el moldeado, el encadenamiento, el *feedback* y el refuerzo social (Moruno y Romero, 2006).

En el caso de personas cuya sintomatología es negativa, ofrecer programas en los que se lleven a cabo actividades relacionadas con todas las áreas ocupacionales puede conseguir que mantengan su participación en actividades cotidianas, a pesar de la falta de iniciativa para llevarlas a cabo de forma autónoma o autogestionada. En estos casos también es útil plantear que la persona participe en actividades significativas con las que establezca un compromiso social (enseñar o acompañar a otros, realizar algún tipo de voluntariado, etc.).

La valoración de la satisfacción, es decir, los registros mediante los que la persona pueda analizar con información lo más objetiva y sistemática posible el desempeño o los resultados, le permitirá identificar sus potencialidades y limitaciones, intereses y valores, y ampliar su capacidad de disfrute. El apoyo verbal o físico para iniciar y mantener una actividad puede ser esencial en las primeras fases de la intervención. Por ejemplo, que el profesional comience una bufanda de punto en presencia de una persona con un gran interés por esa actividad puede hacer que ésta la reanude. Igualmente, se pueden emplear la retroalimentación o *feedback* sobre el desempeño, lo cual puede ayudar a que la persona ajuste su sentido de capacidad personal y aumente su sentido de eficacia para la realización de actividades cotidianas. Y una de las estrategias más sencillas y que mejores resultados proporciona en estos casos es el refuerzo social.

Intervención para el abordaje de dificultades relacionadas con patrones de desempeño

Para poder abordar las dificultades relativas a los patrones de desempeño lo mejor es ofrecer un entorno bien estructurado, realizar una adaptación ambiental donde los espacios y los objetos se mantengan estables, con límites claros, y en los que el control externo favorezca el control interno hasta que la persona adquiera una mayor estabilidad psicopatológica. También puede ser útil, para que la persona mantenga un funcionamiento organizado y estable, la utilización de cuadros con horarios, agendas o calendarios, y una secuenciación fija de tareas que aporte orden y favorezca un desempeño estructurado y la adquisición de rutinas. Otras estrategias pueden ser la utilización de señales visuales y acústicas, por ejemplo, la alarma del móvil a la hora de tomar la medicación, que indiquen qué hacer en cada espacio y momento; también se puede incentivar, dar instrucciones o recordar a la persona las tareas y actividades a realizar en determinados horarios.

La participación en actividades relacionadas con roles actuales o pasados también puede resultar eficaz para que la persona organice su funcionamiento, en este caso, involucrándose en actividades que con toda seguridad serán significativas. Por ejemplo, si una persona que presenta unos hábitos de aseo insuficientes, tanto para su cuidado como para mantener un aspecto adecuado al contexto social, asiste a un taller de poesía (afición en la que participaba en el pasado) puede facilitar la adquisición de una serie de hábitos el hecho de que esté motivada por ir a dicho taller en unas condiciones determinadas.

En el caso de personas en las que la principal manifestación del trastorno es la sintomatología negativa, una de las estrategias de intervención más eficaces es la planificación de las diferentes actividades. Cuando la persona sabe qué le gustaría hacer pero no tiene iniciativa para emprenderlo, el hecho de tener planificado cuándo y dónde realizarlo puede favorecer su realización. Los registros de satisfacción pueden hacer que la persona planifique o aumente su disposición para realizar la actividad en un futuro y que la incorpore a su rutina. También resulta de utilidad el análisis de costes y beneficios, ya que aumentará la motivación de la persona para adquirir un hábito (higiene, alimentación, etc.) o participar de manera estable en una determinada actividad (deporte, lectura, etc.).

Intervención dirigida a mejorar o mantener habilidades de desempeño

Para mejorar las habilidades de desempeño, no hay herramienta más eficaz que la utilización de actividades cotidianas. De este modo, se pueden realizar entrenamientos y rehabilitación de destrezas utilizando técnicas como el modelado, moldeado, *role playing*, encadenamiento, refuerzo social, etc. Por otra parte, la utilización de técnicas creativas (dibujo, *collage*, modelado, marquería, marroquinería) puede ayudar a la persona a reencontrarse con sus habilidades, descubrir y desarrollar otras nuevas y centrar su atención sobre aspectos sanos; así, las técnicas psicodramáticas, siempre que el profesional esté debidamente formado, pueden servir para dotar a la persona de recursos, conocimientos y estrategias para ofrecer respuestas adaptativas ante las diferentes demandas de las actividades cotidianas, especialmente en su componente social.

En el caso de personas que presentan alucinaciones, son útiles las actividades que exigen habilidades de procesamiento, especialmente la atención; asimismo, las técnicas de intervención psicomotriz, de integración sensorial, musicoterapia, etc., que ayuden a la persona a vivir experiencias sensoriales y de propiocepción ajustadas a la realidad y alejadas de sus síntomas.

Cuando la sintomatología de la persona se corresponde principalmente con un lenguaje desorganizado, pueden servir las actividades que requieren habilidades de procesamiento, adecuadamente adaptadas de manera que pueda obtener buenos resultados a la hora de realizarlas, y que se relacionen con sus intereses y valores (sopas de letras, tareas de cálculo matemático, elaboración de abalorios siguiendo secuencias fijadas previamente por colores, formas, etc.), técnicas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas como el *role playing*, y ensayo cognitivo para la comunicación. Otras actividades útiles en este caso pueden ser el teatro, las tertulias sobre temas de actualidad o de interés, etc. Además, estas técnicas y estrategias pueden reducir el aplanamiento afectivo a otras vías de vivencia y expresión, disminuyendo su interferencia en el funcionamiento cotidiano.

Otras estrategias que se pueden utilizar para entrenar habilidades son los ejercicios que requieren el empleo de las mismas habilidades que exige la actividad a realizar (p. ej., resolver problemas matemáticos similares a los que se va a enfrentar la persona al hacer la compra) o

incluso el apoyo físico o verbal para el desempeño de determinadas tareas.

Otras consideraciones importantes para la intervención ocupacional en trastornos psicóticos

Cuidado de la salud

Las personas diagnosticadas de trastornos esquizofrénicos ven reducida su expectativa de vida aproximadamente en un 20% respecto a la población general. Existen varios factores que explican esta situación. Uno de ellos es el tratamiento farmacológico, que en algunas personas puede dar lugar a sobrepeso, diabetes o alteraciones del nivel de colesterol en sangre (Rebolledo y Lobato, 2005). Otro es el consumo de tabaco, café u otras bebidas con cafeína (cuyo consumo excesivo muchas veces obedece a un intento de reducir la sintomatología secundaria que provoca la medicación psiquiátrica). Y, por otra parte, la vida sedentaria que mantienen algunas personas con este tipo de diagnóstico, bien por haber perdido o no haber accedido a roles ocupacionales significativos, bien como consecuencia de los síntomas negativos que aparecen con la enfermedad, como la apatía, y de los síntomas secundarios que provoca la medicación, como la somnolencia, lentitud motriz, rigidez, etc. Es frecuente que, incluso los profesionales de la salud, minimicen estos riesgos o mantengan expectativas de fracaso ante el cambio de esta situación en personas con trastornos psicóticos. En este sentido, el terapeuta ocupacional tiene un papel muy importante: conseguir que la persona quiera vivir una vida más plena, interesándose por cuidar su salud. Para ello, puede utilizar estrategias relacionadas con la participación en actividades significativas, estrategias que favorezcan la reducción del consumo de sustancias perjudiciales y el incremento de la actividad física de manera ajustada a las necesidades de la persona.

Validación de la persona y relación de ayuda

Es frecuente que las personas que han sido diagnosticadas de algún trastorno psicótico sean víctimas del estigma social que existe sobre las enfermedades mentales. A veces también ocurre que, con la mejor intención, son sobreprotegidas e infravaloradas por su contexto habitual. Esto generalmente tiene unos efectos sobre el autoconcepto y la autoestima. Si se añade que en algunos casos la persona ha perdido o no ha

tenido acceso a roles ocupacionales socialmente valorados, como el laboral o una relación de pareja, es frecuente que tenga pocas expectativas de cambio y un bajo sentido de control interno para el logro de metas importantes en su vida. El primer paso para que esta situación se modifique es que la persona se sienta valorada y empiece a percibir que puede tener un papel activo y control interno sobre las cosas que le acontecen y sobre su ambiente. La intervención por parte del terapeuta ocupacional se basará en la validación (De las Heras, 2003) de la persona y en el mantenimiento de una actitud empática hacia su situación y posible sufrimiento (Bermejo, 1998). Esto implica, por una parte, desde una perspectiva relacional, escuchar, aceptar, facilitar o apoyar (pero no dirigir), reconocer, identificar y señalar potencialidades, priorizar expectativas de éxito, no bloquear el proceso de la persona (desde una actitud sobreprotec-

tora o autoritaria) y procurar que sea ella misma la que aprenda de la experiencia (González, Hernández y Garrido, 2008). Y, por otra parte, desde una perspectiva más técnica y propia de la disciplina, implica utilizar la actividad significativa y basar la intervención en los roles, valores, intereses y potencialidades de la persona.

La intervención desde la terapia ocupacional en los trastornos psicóticos ha de ir dirigida a ofrecer a la persona la posibilidad de experimentar un proceso a través del cual aumente la confianza en sí misma, su sentido de eficacia y el control sobre su vida, y a procurar que vaya desarrollando un funcionamiento satisfactorio en el que pueda llevar a cabo aquellos roles que configuran su identidad, participando de manera equilibrada en ocupaciones destinadas a su cuidado personal, a que se sienta útil e integrada socialmente y a que tenga una vida gratificante y de calidad.



ESTUDIO DE UN CASO

Datos de identificación

María es una mujer de 36 años, diagnosticada de esquizofrenia paranoide (CIE-10: F.20), que se incorpora a un centro residencial de rehabilitación con el objetivo de someterse a un proceso de adaptación entre una unidad de hospitalización de media estancia y su propio domicilio. Los objetivos específicos que se proponen por su servicio de salud mental, que es la entidad que la deriva, en relación con su estancia en el centro residencial, son que mejore su funcionamiento en lo que se refiere al cuidado personal, el mantenimiento del hogar y la participación en actividades de ocio en la comunidad.

Tras la evaluación ocupacional (OPHI II, Listado de Intereses y la observación sistemática en las actividades cotidianas del centro), se obtiene la información que se describe a continuación.

Evaluación y diagnóstico ocupacional

María comenta que, previamente a su ingreso en el hospital, no participaba en ninguna ocupación que valorase como significativa. Afirma que se alimentaba con fiambre y latas de conservas, sus hábitos de sueño e higiene eran desorganizados y no cuidaba adecuadamente su salud, hecho este último que se con-

creta sobre todo en la falta de seguimiento del tratamiento farmacológico y de asistencia a las citas médicas concertadas. Expresa que en dicha etapa pensaba que todas las personas que conocía le querían hacer daño. Refiere que en otros momentos de su vida era capaz de cuidarse por sí misma, así como encargarse de todas las tareas que implica el cuidado de una casa. También explica que hacía cursos de formación y trabajaba, mantenía contacto con amigas con las que salía a bailar u organizaba fiestas en casa. Asocia el momento de cambio en su funcionamiento con una estafa sufrida por parte de unos albañiles que le estaban haciendo una reforma en casa: «me rompieron muchas cosas, me dijeron que necesitaban el dinero por adelantado para comprar el material y se marcharon con él y sin acabar la reforma». En ese momento, afirma, comenzó a desorganizarse, aislándose de las personas que la apoyaban habitualmente y dejando de acudir a sus citas psiquiátricas de revisión, y a encontrarse peor psicopatológicamente: «oía voces que me decían que si no tiraba cosas al suelo o por la ventana, me darían calambrazos», por lo que lanzaba enseres de la casa por la ventana y tenía conflictos frecuentes con los vecinos. Derivada de esta situación, se procedió a un ingreso involuntario en una unidad de hospitalización breve y de ahí pasó a la unidad de media estancia, en la que ha estado un año.

Actualmente, describe su rutina refiriendo que mantiene un hábito de ducha y cambio de ropa en días alternos, sin haber retomado hábitos relacionados con las tareas domésticas de cocina, cuidado de la ropa y limpieza o la administración de su propio dinero (se lo administraban en el hospital). Tampoco participa en ninguna actividad de carácter productivo ni de ocio de forma estable, aunque tiene formación y experiencia laboral como peluquera, e identifica intereses de ocio, como hacer manualidades, hacer ejercicio físico, ver la televisión, oír música y participar en celebraciones con otras personas. Comenta que le gustaría mejorar estos aspectos para poder reanudar su vida anterior, aunque dice que tiene miedo de que al volver a su casa se repita la misma situación, así como de encontrarse sola. Durante la observación en la participación en actividades relacionadas con su higiene, limpieza y cuidado de la ropa se observan buenas destrezas de desempeño.

En relación con su ambiente habitual, María reside sola en un cuarto piso sin ascensor. La casa cuenta con tres dormitorios, comedor, sala de estar, cocina y dos baños. Comenta que le gusta su casa pero que es muy grande para ella. Es la casa familiar, en la que vive sola. No mantiene contacto con ningún familiar ni se plantea retomarlo. Previamente a su empeoramiento psicopatológico mantenía contacto y recibía el apoyo de una vecina, amiga de la familia, con la que hacía actividades en una asociación. María manifiesta que siempre ha controlado y gestionado su vida, a pesar de las situaciones por las que ha pasado, hasta el momento en que la ingresaron de manera involuntaria en el hospital.

Intervención ocupacional

Tras el análisis de la información y de forma consensuada con María, se establecen los siguientes objetivos:

- Aumentar su autonomía en la estructuración de los hábitos de sueño, de manera que se levante siempre antes de las 9:00 y no se acueste durante el día.
- Aumentar sus conocimientos y adecuar los hábitos para seguir una alimentación saludable y equilibrada.
- Mantener el seguimiento del tratamiento psiquiátrico prescrito y aumentar el conocimiento de su enfermedad.
- Incorporar y mantener hábitos relacionados con tareas domésticas que le permitan

mantenerse en su hogar (limpieza, compras, cuidado de la ropa, cocina, administración económica, etc.).

- Incorporar en la rutina la participación en actividades de ocio relacionadas con sus intereses.
- Identificar competencias y dificultades para retomar la participación en una actividad de carácter productivo.
- Reducir el sentimiento de soledad que influye en el regreso de María a su domicilio.
- Generalizar la consecución de estos objetivos a su propio domicilio.

Para conseguir estos objetivos se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- María participa en un programa de autocuidados y educación para la salud, en el que se han abordado con ella tanto de manera individual como grupal los hábitos de sueño, la alimentación y la actividad física, estableciéndose estrategias como el uso del despertador. También se ha incorporado a un taller de cocina, en el que se elaboran menús semanales, y a un taller de actividad física.
- Ha participado en un programa de psicoeducación, en el que ha de rellenar semanalmente un cajetín de medicación, revisar con el profesional las indicaciones de los fármacos, memorizar la pauta prescrita y utilizar un calendario para anotar las citas pendientes.
- También ha participado en un programa de mantenimiento doméstico, en el que se realizan tareas de limpieza de espacios personales y comunes, tareas de comedor y lavandería.
- Durante su estancia en el centro residencial, ha participado en las actividades de ocio organizadas en él (taller de actividad física, taller de actividades creativas y fiesta de fin de semana), así como en el grupo de ocio, en el que se identifican necesidades específicas y el modo de abordarlas, y se realizan planificaciones de ocio autogestionado para la semana.

Con el fin de generalizar los objetivos conseguidos a su entorno habitual, se han realizado:

- Visitas periódicas al domicilio en las que María ha ido realizando actividades relacionadas con las tareas domésticas. Se han aprovechado estas salidas a su barrio para reanudar el contacto con los centros comunitarios en los que puede realizar actividades de ocio de interés. Progresivamente se

ha facilitado la planificación de visitas y actividades de ocio en el domicilio y el barrio con otros compañeros del centro con los que María ha ido estableciendo una buena relación.

- La planificación periódica con ella y en coordinación con el servicio de salud mental de salidas al domicilio, incrementándose progresivamente el tiempo de permanencia en él. También se ha estado en contacto con este servicio para proveer a María de los recursos y servicios que se consideraban necesarios para su mantenimiento en el domicilio (equipos de apoyo social y comunitario, y centro de rehabilitación psicosocial) y al mismo tiempo poder prevenir dificultades en la administración económica como las que acontecieron en el pasado.

Tras un año de estancia en el centro residencial de rehabilitación, María se incorpora a su domicilio. Actualmente mantiene unos hábitos de sueño, higiene y alimentación estables que le permiten mantener un cuidado y calidad de vida

suficientes para vivir de forma autónoma. Toma su medicación de forma regular, recibiendo la ayuda de un equipo de apoyo social y comunitario, con el fin de hacer un seguimiento del relleno del cajetín de medicación semanal y de la asistencia a las citas médicas. Recibe apoyo por parte de la Agencia de tutela de adultos para la gestión de su dinero. Se encarga del cuidado de su casa y sus enseres, realizando tareas de limpieza, compras, cocina y lavandería con unos hábitos estables y buen nivel de desempeño. Asiste dos días por semana a un centro de rehabilitación psicosocial en el que realiza ejercicio físico y actividades manipulativas, comiendo allí esos dos días. Diariamente mantiene contacto con una persona con la que ha establecido una relación de pareja, realizando algunas actividades con otros compañeros del centro residencial. También mantiene contacto telefónico estable con la vecina que la ha apoyado hasta ahora, viéndose esporádicamente, aunque a veces se llaman para felicitarse por algún acontecimiento o se hacen regalos.



RESUMEN

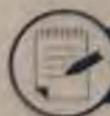
Los trastornos psicóticos son aquellos en los que necesariamente aparecen síntomas psicóticos. Estos síntomas se caracterizan por la pérdida de los límites de uno mismo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

La evaluación de la persona que presenta un trastorno psicótico ha de tener en cuenta cómo influyen en el funcionamiento ocupacional los factores característicos de estos trastornos: momento del ciclo vital en el que aparecen, sintomatología positiva, sintomatología negativa y efectos secundarios de la medicación.

El diagnóstico psiquiátrico puede influir pero no determina el funcionamiento de la per-

sona. La evaluación de terapia ocupacional ha de ir dirigida a recabar información sobre el nivel de participación de la persona en actividades relacionadas con los roles que configuran su identidad y el grado de equilibrio que existe con relación a las diferentes áreas ocupacionales, así como la influencia de los diferentes componentes ocupacionales (intereses, valores, sentido de capacidad personal, etc.).

Para establecer la intervención más eficaz, es importante contar con un amplio repertorio de estrategias orientado al abordaje de las dificultades más habituales que genera cada síntoma en el funcionamiento.



PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. ¿Qué factores es necesario considerar a la hora de evaluar el funcionamiento ocupacional de una persona con un trastorno psicótico?
2. ¿Cuáles son los principales aspectos que se han de evaluar con relación al funcionamiento ocupacional de la persona?
3. ¿De qué cuatro factores depende que una persona realice o no una actividad?
4. ¿Cómo puede influir que una persona presente ideas delirantes de perjuicio en sus

5. ¿En qué medida influirán las alucinaciones auditivas sobre las destrezas de desempeño de la persona que las presenta?
6. ¿Qué estrategias utilizaría para que una persona que presenta sintomatología negativa incremente la iniciativa para participar en actividades de ocio relacionadas con sus intereses pasados?

REFERENCIAS

- Abad, A. y García, A. (2002). Autocuidados y Actividades Básicas de la Vida Diaria. En: Cuaderno Técnico de Servicios Sociales de la Consejería de Servicios Sociales (Ed.). *Rehabilitación psicosocial y Apoyo comunitario de personas con Enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención* (pp. 99-106). Madrid.
- American Occupational Therapy Association (2002). *Occupational therapy practice framework: Domain and Process*. 56: 609, 39
- Bermejo, J. C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. Cantabria. Sal Terrae.
- De las Heras, C. G. (2003). *Proceso de remotivación: intervención progresiva para individuos con desafíos volicionales severos*. Santiago de Chile: Reencuentros.
- López-Ibor, J. J. y Valdés, M. (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- García-Margallo, P., San Juan, M., Jorquera, S. y Navas, I. (2005). *El análisis y la adaptación de la actividad en Terapia Ocupacional*. Madrid: Aytona.
- González, M., Hernández, M. y Garrido, C. (2008). *Fundamentos y metodología de intervención en un proceso de reconstrucción personal, y su adaptación para la aplicación en recursos residenciales* (Revista de la AMRP), 14, 22, 7-11.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Moruno P., y Romero D. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades): Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Meditor.
- Rebolledo S. y Lobato M. J. (2005). *Cómo afrontar la esquizofrenia*. Madrid: Aula Médica.