

TERAPIA OCUPACIONAL Y TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

OCCUPATIONAL THERAPY AND ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT

Palabras clave: terapia ocupacional, tratamiento asertivo comunitario (tac), trastorno mental severo.

Keys words: occupational therapy, assertive community treatment act, serious mental disorder (or severe)

DECS: terapia ocupacional, transtorno mental

Mehs: occupational therapy, mental disorders



Autores:

Montserrat Neira Rodríguez

Terapeuta Ocupacional del equipo de Trastorno Mental Severo (TMS) del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

Dra. Paula Cores Viqueira

Psiquiatra del equipo de Trastorno Mental Severo (TMS) del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

Verónica Ferro

Residente de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

Mar Valcárcel López

Enfermera especialista en Salud Mental del Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

Texto Recibido: 14/10/2008

Texto Aceptado: 5/04/2009

RESUMEN

Actualmente los trastornos mentales severos (TMS) constituyen uno de los problemas de salud mental que merecen atención prioritaria.

Dentro de los distintos programas de atención comunitaria, el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) representa el modelo más completo y efectivo.

En este artículo expondremos el trabajo realizado desde terapia ocupacional en el equipo de TMS del Complejo hospitalario Xeral-Calde de Lugo.

SUMMARY

Nowadays severe mental disorders (TMS) have become one of mental health problems that deserve priority attention.

Within the various programmes of community care, treatment Assertive Community (TAC) model represents the most comprehensive and effective. This paper will discuss the work in occupational therapy from the team of TMS Complex Hospital Xeral-Calde of Lugo.

Como citar este texto en sucesivas ocasiones:

Neira Rodríguez M, Valcárcel López M, Cores Viqueira P, Ferro Iglesias V. Terapia Ocupacional y Tratamiento Asertivo Comunitario. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [fecha de la cita]; Vol 6, Supl. 5: p 196-215. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/suple/num5/tac.pdf>

INTRODUCCIÓN

Hace ya más de cuarenta años que se iniciaron los procesos de reforma psiquiátrica, con objetivos de desinstitucionalización y de creación de servicios y redes de salud mental comunitaria alternativas a las antiguas instituciones. (1,2)

En la actualidad los trastornos mentales severos exigen el esfuerzo de los Servicios de Salud para la implementación de programas específicos.

El TAC representa el modelo más completo y efectivo de proporcionar atención comunitaria integral y continuada a personas con un TMS, a fin de que puedan alcanzar el máximo nivel de integración social, calidad de vida y de relaciones interpersonales, y evitar las circunstancias de marginación-

exclusión social, abandono de tratamiento, recaídas, reingresos hospitalarios, aislamiento (1.3).

La intervención del terapeuta ocupacional en los equipos de TMS (ETMS) está basado en evaluar cuales son las alteraciones en el desempeño de las distintas áreas ocupacionales y a qué son debidas, para desarrollar un tratamiento integrado en el plan individual de rehabilitación del equipo y llevarla a cabo.

Equipo de trastorno mental severo en Lugo

Principios

- 1º El lugar de atención es la COMUNIDAD. El objetivo es realizar un plan de intervención para que la persona viva en su entorno natural de una manera independiente y que participe en todas las actividades que sus roles les demandan en la medida que el resto de los ciudadanos.
- 2º Utilización de los RECURSOS NORMALIZADOS en la medida en que es posible. Aunque el principio de normalización debe presidir toda la intervención comunitaria en rehabilitación, se debe tener presente que muchas veces no existen ámbitos normalizados en los que los usuarios de los servicios de rehabilitación puedan extraer los beneficios que requiere su recuperación.

Intervención comunitaria en rehabilitación, se debe tener presente que muchas veces no existen ámbitos normalizados en los que los usuarios de los servicios de rehabilitación puedan extraer los beneficios que requiere su recuperación.

- 3º La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadora como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente para lograr el mayor nivel de desempeño.
- 4º La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, siempre adaptada a sus intereses y valores culturales.

- 5º Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario.
- 6º La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es ACTIVA
- 7º Se considera a la FAMILIA como un factor primordial en la rehabilitación, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del usuario. Se le reconoce la necesidad que tiene la misma de apoyo y asesoramiento en el manejo del paciente.

Este planteamiento además de ser un derecho que tiene la familia, facilita su colaboración para que los usuarios se mantengan en contacto con los servicios de rehabilitación, y acepten las propuestas del equipo, al aumentar la credibilidad de los profesionales por parte de la familia.

Criterios de inclusión

Programa dirigido a pacientes con trastorno mental severo, refiriéndose con ello a trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social. Esta definición se podría concretar con los siguientes ítems: (5,6)

- Pacientes graves especialmente psicóticos
- Con sintomatología activa durante al menos 2 años a pesar de haber ensayado los tratamientos oportunos en los dispositivos de la red asistencial correspondientes.
- Evolución tórpida generalmente definida por frecuentes recaídas, o sintomatología crónica
- Deterioro significativo a nivel personal
- Problemas de integración socio-laboral. Desadaptación, aislamiento.
- Disminución de la calidad de vida
- Mala cumplimentación del tratamiento y tendencia a desvincularse de la red asistencial.

Criterios de exclusión: (4)

- Diagnóstico primario de abuso de sustancias
- Retraso mental
- Trastorno mental orgánico
- Distancia geográfica: se excluye zona sur-Monforte y zona norte-Burela
- Menores de 16 años

Ubicación física y dotación de recursos materiales

Situado en el hospital de San José, adyacente al hospital de Día de Psiquiatría con el que compartimos espacio.

El equipo forma parte del servicio de Psiquiatría del Complejo hospitalario Xeral-Calde, que atiende una población de 223.000 habitantes aproximadamente, con gran dispersión geográfica, estando la mitad de los domicilios en el medio rural. Prestamos atención de lunes a viernes, de 8:00 a 15:00 horas.

Disponemos de dos teléfonos móviles, dos vehículos, un ordenador con acceso a Internet en un local de reducidas dimensiones en el taller de actividades de hospital de día de psiquiatría.

Composición del ETMS

Se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral.

Cuenta con:

- Médico psiquiatra
- Diplomado universitario en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Terapeuta Ocupacional

Todos estamos a jornada completa

Organización interna

El equipo tiene un responsable clínico que es el médico psiquiatra.

Como equipo multidisciplinar, el modelo de funcionamiento es el ASERTIVO COMUNITARIO, con aportaciones de cada una de las disciplinas que forman el equipo. (4)

Nos parece importante resaltar los siguientes aspectos:

1. Importancia del trabajo interdisciplinar: cada miembro del equipo tiene experiencia en varias áreas. Un principio fundamental es el aprovechar la experiencia de cada miembro del equipo y compartirla, de manera que al poner en marcha el PIR está muy claro por parte de todos los miembros del equipo qué se va a hacer y cómo, y dependiendo del caso lo llevan a la práctica unos profesionales u otros.
2. trabajar la motivación por el propio queme, la rutina, conflictos en el desarrollo del plan individual de rehabilitación (PIR) con relación al paciente y a la familia y entre los propios miembros del equipo.
3. necesidad de formación específica: dado el campo en el que trabajamos y las características propias del grupo de población con el que intervenimos, y por la actuación en entornos no habituales.

Los casos tienen asignado un tutor principal.

Todos los componentes del equipo desempeñan la figura de tutor o coordinador del caso.

Cada tutor principal con dedicación exclusiva al programa es el referente permanente para un máximo de 10 personas. Si las necesidades de los pacientes fueran particularmente elevadas o precisaran de un seguimiento más intensivo esta proporción 10/1 es menor.

El papel del tutor es imprescindible para asegurar el cumplimiento del proceso de tratamiento y rehabilitación. Las funciones que desarrolla como miembro del ETMS son:

1. Participa en la evaluación funcional del paciente junto con el resto del equipo implicado en el caso.
2. Elabora el plan terapéutico individual, también en colaboración con el resto del equipo.

3. Construye con el paciente una relación estable y continuada en el tiempo que le sirve a éste como referente permanente.
4. Desarrolla las intervenciones perfiladas en el plan individual de rehabilitación (PIR).
5. Coordina la asistencia al paciente asegurando la continuidad asistencial, y mantiene contacto con el resto de dispositivos de la red y recursos comunitarios (atención primaria, asociaciones, servicios sociales...)
6. Realiza la función de acompañamiento en las transiciones de un dispositivo a otro.
7. Está al tanto de todas las actuaciones que comporta el plan de intervención, independientemente del espacio en que se ejecute cada intervención.
8. El responsable del caso debe velar para que el paciente reciba todos los beneficios de los que es acreedor.
9. Recoge y hace llegar a los demás miembros del equipo la información que va surgiendo en cada momento del proceso.

Con el objetivo de flexibilizar el funcionamiento del ETMS, es importante que todos los miembros del equipo estén al tanto de la evolución de cada paciente. Así se puede intervenir con máxima eficacia cuando varios pacientes se encuentran en crisis al mismo tiempo, o bien cuando falta algún miembro del equipo.

El equipo de TMS mantiene reuniones semanales, a veces diarias según la necesidad, de coordinación de contenido funcional. En ellas:

1. se valoran las derivaciones
2. se programan los ingresos aceptados y se nombra a los responsables del caso
3. se comparte la información del caso con el resto de los miembros del equipo
4. se elaboran los planes individuales de rehabilitación
5. se realizan evaluaciones periódicas sobre el cumplimiento del plan de intervención, realizando las modificaciones sobre el mismo según sea necesario

6. se organiza el programa semanal de intervenciones domiciliarias y comunitarias, y consultas en el centro.

Fases de intervención (4)

1. *DERIVACIÓN DEL CASO*: el equipo recibe una petición escrita o verbal de ingreso del paciente por parte de su terapeuta de referencia de la USM, UHP, HDP, o CRPL con relación a los pisos protegidos. Valorando el perfil del paciente, y siempre que cumpla criterios de inclusión en el programa se le asigna un tutor.
2. *ENTREVISTA DE ACOGIDA*: el psiquiatra del equipo, junto con los profesionales asignados al caso acuden a la USM, UHP o HDP para realizar la entrevista de acogida a paciente y familia. El que deriva el caso realiza las presentaciones y media en la entrevista. Previamente habrá informado al paciente y a la familia sobre el funcionamiento del equipo de TMS y sobre qué objetivos se pretenden con esta derivación. Si hay acuerdo, el equipo asume el caso, e inmediatamente se inicia la entrevista de evaluación.
3. *FASE DE "ENGANCHE" Y ENTREVISTAS DE EVALUACIÓN*: Con toda la información recogida, y tras un primer análisis del problema, se decide cuales serán las características de los primeros contactos con el usuario (espacio físico donde se realizarán, personas que asistirán, contenido de las entrevistas con el usuario, duración del contacto...) Durante esta fase se ha de ser extremadamente prudente. Por un lado, no podemos olvidar que en base a estas primeras interacciones se va a ir cimentando la relación terapéutica con el paciente, de la que va a depender en gran medida el buen discurrir del proceso de rehabilitación; por otro, debemos tener presente que las futuras intervenciones van a desarrollarse fundamentalmente en el medio del paciente, bien en su propio domicilio, bien en su entorno comunitario, por lo que siempre debemos mostrarnos cautos y respetuosos.

“Enganche” y evaluación se van supeditando y adaptando a las características individuales de cada paciente, siendo lo más frecuente que se solapen.

La evaluación se centra en la valoración de las capacidades funcionales, las deficiencias del paciente, así como en los apoyos y demandas del medio.

La duración del proceso depende de cada caso, pudiendo en la fase de evaluación devolver el paciente a su terapeuta de referencia si se considera que no cumple los criterios de inclusión, o si paciente y familiares no aceptan las intervenciones propuestas.

4. *DISEÑO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACION (PIR)*: una vez finalizada la etapa de establecimiento de la relación terapéutica y la fase de recogida y análisis de datos se diseñará el plan individualizado de intervención.

En él se tratará de establecer para cada paciente:

- Las necesidades concretas:

- Necesidades asistenciales:

- a. De salud general
- b. De salud mental:
 - i. valoración y orientación
 - ii. asistencia en crisis
 - iii. tratamiento de la sintomatología

- Necesidades rehabilitadoras: (7)

- a. AVD Básicas
- b. AVD Instrumentales
- c. Educación
- d. Trabajo
- e. Ocio y tiempo libre
- f. Participación social
- g. De soporte relacional
- h. De ayudas básicas (alimentos, alojamiento...)
- i. Protección de sus derechos legales

j. Soporte a las familias

- Los objetivos terapéuticos y rehabilitadores
- Quien, con qué frecuencia y de qué manera se van a llevar a cabo dichos objetivos
- Los recursos sociales y sanitarios a movilizar
- La duración estimada de utilización de dichos recursos

El diseño del PIR se lleva a cabo en las reuniones semanales de coordinación. En su elaboración interviene todo el equipo.

Las principales áreas de intervención sobre las que se trabaja son: (7,8)

- ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- EDUCACIÓN Y TRABAJO
- OCIO Y TIEMPO LIBRE
- PARTICIPACION SOCIAL
- MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO
- INTERVENCIÓN FAMILIAR
- PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN

Una vez localizadas las áreas de intervención donde existen dificultades, se realiza un PIR. El plan se negocia con el paciente y a la familia y se lleva a cabo. El plan individualizado de rehabilitación pasará a utilizarse como guía de intervención y debe incluir: (4)

- Diagnóstico inicial y evaluación funcional de los problemas detectados
- Análisis de las necesidades y capacidades del paciente y familiares
- Objetivos a corto y largo plazo en cada una de las áreas sobre las que se va a trabajar.
- Intervenciones y actividades específicas a realizar para satisfacer los objetivos
- Inventario de recursos necesarios para desarrollar las intervenciones (personal, recursos económicos, familiares, transporte, material...)
- Servicios clínicos y dispositivos rehabilitadores requeridos por el paciente

- Identificación de los posibles obstáculos para el acceso y utilización de los servicios
- Plazos de tiempo para completar las actividades
- Periodicidad de consultas o entrevistas con el terapeuta
- Periodicidad de las visitas domiciliarias
- Fecha para la próxima revisión del plan de PIT

Modalidades de intervención (4)

- *CONSULTA EN CENTRO:* en el momento en que la persona tenga la posibilidad y acepte venir las consultas serán en el centro, normalizando lo mayor posible el tratamiento.
- *ATENCIÓN DOMICILIARIA:* una de las características básicas en el funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio habitual (domicilio, comunidad...). Este carácter móvil le confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red. Se trata de un proceso de atención continuado, intensivo, y multidisciplinario, en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales. Las visitas domiciliarias se realizan siempre de forma concretada.
 - *PROGRAMADA* : las visitas domiciliarias se realizan periódicamente en función de lo estipulado en el plan individual de rehabilitación
 - *A DEMANDA:* las personas del equipo que corresponda se desplaza al domicilio del paciente y valora la situación. Si es necesario también se desplaza la psiquiatra. Siempre se dará preferencia a este tipo de intervenciones.
- *ATENCIÓN COMUNITARIA:* el tipo de intervención que hay que hacer es en el medio en que desarrollan todas sus actividades, por lo que es necesaria una intervención fuera del domicilio en casi todos los casos. A veces se hace una intervención directa y vamos con ellos y otras veces se organiza y lo llevan a cabo ellos solos.

-
- *INTERVENCIÓN EN CRISIS*: La intervención en crisis tiene como objetivo el rápido restablecimiento de síntomas y de la contención del paciente, siempre que haya la posibilidad.
Generalmente se requieren intervenciones farmacológicas y psicosociales para ayudar al paciente y a su sistema de apoyo familiar a restablecer el nivel de funcionamiento previo en la comunidad.
En primer lugar se valora la gravedad de la crisis. En función de esta se determina si el paciente puede permanecer en su domicilio o si necesita ser remitido a Urgencias para ingreso en UHP.
En el momento en que se detecta una crisis el ETMS intensifica el apoyo al paciente y familia. La actuación incluye:
 - Mayor frecuencia con la psiquiatra
 - Incremento del número de visitas a domicilio
 - Potenciación del seguimiento telefónico
 - *INTERVENCIÓN VIA TELEFÓNICA O VIA MAIL*: en muchas ocasiones utilizamos estos medios de comunicación como elemento más del PIR, tanto para seguimiento, como propio entrenamiento en su utilización.
 - *COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE SALUD MENTAL*: el equipo trata de coordinar las actuaciones necesarias en cada caso, siempre que sea posible, como por ejemplo:
 - ❖ si una persona llevada por el equipo acude a urgencias, se deja en observación hasta el día siguiente y se avisa al psiquiatra del equipo
 - ❖ de cara al alta de la unidad de hospitalización psiquiátrica, se avisa al equipo y se coordina el día de la misma, para poder verlo en el domicilio al día siguiente al alta. Se suele visitar semanalmente al usuario durante su ingreso hospitalario.
 - *COORDINACIÓN CON SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALIZADA*: generalmente se toma contacto con Médico de Atención Primaria (MAP), especialmente cuando la patología orgánica lo requiere.

- *COORDINACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES:* en el momento en el que se deriva un caso, en general se suele contactar con el Trabajador Social de su ayuntamiento o centro de salud, ya que en la mayor parte de los casos existe una problemática social.
- *COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS COMUNITARIOS:* se contacta si es necesario con aquellos recursos comunitarios de los que puede beneficiarse el paciente (programa de voluntariado de Cruz Roja, asociaciones de distintos ayuntamientos de la comarca, INEM, INNS, Escola para o emprego del Ayuntamiento de Lugo, servicio de inserción laboral de FEAFES Galicia...)

Una vez lograda la provisión de las actuaciones, el responsable del caso deberá asegurarse de que la persona recibe los servicios que él quiere, que sean los esperados y que cubran las necesidades del mismo.

METODOLOGÍA

El trabajo del terapeuta ocupacional como miembro del equipo multidisciplinar de los Programas de Trastorno Mental Severo (a partir de ahora de TMS) debe centrarse en la provisión de los servicios e intervenciones específicos que conciernen al dominio de la disciplina, aportando su visión al equipo y delimitando el tipo de referencias específicas que puede recibir el terapeuta ocupacional. Como es bien sabido, el terapeuta ocupacional está especialmente formado para evaluar y tratar las dificultades de funcionamiento a nivel ocupacional en las actividades de la vida diaria, ocio y laborales de la población atendida. (9)

La intervención de Terapia Ocupacional en los cuidados a domicilio está basada en un acercamiento práctico de resolución de problemas, en vista a promover la salud y encontrar una respuesta a la incapacidad funcional en relación a las actividades de la vida diaria, el trabajo productivo (por ejemplo la organización de su hogar, el trabajo remunerado, una actividad de voluntariado, etc.) o de ocio y tiempo libre en el contexto de la vida del paciente, de su ambiente socio cultural y de los sistemas de sostén comunitario a los cuales tenga acceso. (10)

El terapeuta ocupacional evalúa, participa en el desarrollo del PIR y lleva a cabo las intervenciones consensuadas en el equipo en los casos donde sea necesario. Sus intervenciones pueden tener lugar tanto en consulta, en el propio domicilio o en lugares comunitarios.

El Terapeuta Ocupacional dirige su intervención a las necesidades funcionales específicas dentro de contextos únicos y significativos para esa persona, es decir en ambientes reales y no artificiales. El trabajo en la comunidad también utiliza una parte significativa de su tratamiento en la orientación a la familia o cuidador, y realiza adaptaciones o modificaciones ambientales específicas para un adecuado desempeño de las actividades que demandan los roles de esa persona. (10)

El Terapeuta Ocupacional: (9)

- Desempeñará su trabajo de Evaluación y Entrenamiento Ocupacional, Seguimiento y Adaptación del usuario a su entorno, en un contexto individual, grupal y comunitario, sobre todo en aquellas Áreas de la Función Ocupacional Humana en las sea necesario su intervención.
- Utilizará técnicas y modalidades ocupacionales, preservando el valor de la ocupación del usuario en su contexto socio-cultural.
- Su perspectiva será Rehabilitadora, bajo la perspectiva de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) interviniendo directamente sobre actividades reales de su vida diaria y en el contexto en la que la persona vive.
- El objetivo del Terapeuta Ocupacional que trabaja en la comunidad es el de favorecer la participación ocupacional del usuario, a través del desarrollo de actividades lo más normalizadas posible dentro de la comunidad, utilizando los recursos disponibles en ella para llevar a cabo estas actividades normalizadas, así como adaptando y desarrollando actividades adecuadas a las características de los pacientes tratados.

Para ello debemos tener en cuenta los deseos y prioridades de los individuos con los que trabajamos, así como los medios a través de los cuales los pacientes prefieren expresarse.

Esto supone mantener un delicado equilibrio entre la libertad de elección del sujeto y el nivel adecuado de cambio que puede afrontar, sin exceder sus posibilidades y aceptando unas limitaciones ante la posibilidad de aparición del riesgo para el usuario.

El T.O. debe utilizar su arte y ciencia para que sus intervenciones sean compatibles con la imagen que tiene el paciente de sí mismo, su sistema de creencias, su estilo de vida y cultura. Estas consideraciones son relevantes cuando el ambiente del tratamiento es el propio lugar de residencia del paciente.

(10)

Para Terapia Ocupacional, una persona es funcional si ella puede realizar las ocupaciones, tareas y actividades que sus roles ocupacionales les exigen. (11)

Al trabajar directamente en la comunidad, el profesional puede descartar más fácilmente las intervenciones que evalúe no viables en ese contexto y evaluar potencialidades, materiales, herramientas, ambientes. Aceptando que en ese contexto el paciente y su familia son los que deciden qué quieren hacer, cuándo y cómo. (10)

En todo el proceso de rehabilitación el principal protagonista es el usuario y su entorno (familia, amigos...) teniendo en cuenta sus intereses, valores y expectativas. (12)

La metodología de trabajo empleada no deja de ser la de un Terapeuta Ocupacional que trabaja con la estructura del "Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process" (a partir de aquí citado como Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbitos de competencia y proceso. AOTA 2002), con su correspondiente evaluación, planificación e intervención.

RESULTADOS

Diseño del plan individual de rehabilitación (PIR)

Aquí cada profesional participa con su visión del caso y propone objetivos de intervención según su valoración.

El Terapeuta Ocupacional centra su trabajo y evaluación en el desempeño de las áreas ocupacionales (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process- a partir de aquí citado como Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbitos de competencia y proceso. AOTA 2002

El proceso que se sigue desde Terapia Ocupacional es:

1. *ANAMNESIS*: se pide la historia clínica a archivo, y en ella viene la hoja de evaluación y seguimiento de Terapia Ocupacional en su estancia en UHP
2. *ENTORNOS*: información recogida en entrevista semiestructurada con él en UHP o domicilio, o a través de los otros miembros del equipo.
3. *ÁREAS*

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AVDI)

EDUCACIÓN

TRABAJO

JUEGO

TIEMPO LIBRE

PARTICIPACION SOCIAL

Resulta complicado una adecuada evaluación, dado el contexto en los que a veces hay que realizarla y el registro de la misma. Habitualmente son entrevistas semiestructuradas, y se va recogiendo la información en varias visitas o consultas.

4. *DATOS DE INTERÉS*: aquí se pondrán todos aquellos datos relevantes que no tengan cabida en los dos puntos anteriores. Especialmente pondremos:

- ❖ Obstáculos: todo aquello que dificulta el desempeño adecuado, o facilita el inadecuado
- ❖ Puntos fuertes: todos los recursos o características que nos van a ayudar a llevar a cabo el PIR

5. *DGTO OCUPACIONAL*: es el producto de la unión del componente descriptivo (dentro del cual se incorporarán las áreas ocupacionales) y del componente explicativo (dentro del cual se incorporan los componentes de ejecución y niveles de desempeño), al que se le sumarán indicadores (discapacidades, minusvalías y/o deficiencias que el usuario presente en su historia clínica y que dificulten la ejecución de la ocupación) y posibles entornos afectados (lugares donde reside y que puede ser que se encuentren alterados perturbando el desarrollo ocupacional). En resumen, habrá que hacer este diagnóstico una vez revisadas todas las dimensiones del usuario y de su entorno.

6. *ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN*:

- ❖ Estrategia de Promoción de la Salud
- ❖ Estrategia de Restauración
- ❖ Estrategia de Mantenimiento

- ❖ Estrategia de Modificación
- ❖ Estrategia de Prevención de la discapacidad

7. *OBJETIVOS*

- ❖ Corto Plazo: en aproximadamente 4 meses
- ❖ Medio Plazo
- ❖ Largo Plazo: objetivo final que quiere conseguir

En algunos casos los objetivos a corto plazo son externos a la propia persona (intervención coordinada con servicios sociales...), a la vez que se continua con el proceso de evaluación.

8. *FRECUENCIA*: con qué frecuencia se va a trabajar y revisar los objetivos

9. *TÉCNICAS*: de que manera se van a llevar a cabo las intervenciones de Terapia Ocupacional.

10. *SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CONTINUADA, CON REVISIÓN DE OBJETIVOS*: Aproximadamente cada 4 meses se revisan los objetivos, modificando lo que sea necesario.

CONCLUSIONES

Intervención desde Terapia Ocupacional

- ❖ Trabajo en domicilio con él y la familia. A la hora de trabajar objetivos, hay que tener en cuenta que los mismos sean aceptados por la familia y el entorno del usuario, ya que ellos van a formar parte del proceso y deben estar de acuerdo con los mismos.
- ❖ Trabajo en comunitaria: evaluación y entrenamiento, con apoyo de terceros cuando sea necesario para el desempeño
- ❖ Trabajo a través del teléfono o vía mail como parte del PIR
- ❖ Trabajo con las auxiliares de ayuda a domicilio: dando pautas de apoyo y refuerzo para favorecer el entrenamiento e independencia en el desempeño de actividades y ocupaciones.

- ❖ Trabajo en despacho: programación de actividades, adaptación de actividades y seguimiento. Reuniones de equipo.
- ❖ Consulta: para seguimiento y negociación de objetivos
- ❖ Coordinación con recursos comunitarios: para facilitar el acceso a los mismos

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Hernández Monsalve M. Tratamiento asertivo comunitario. En: Hernández Monsalve M. Atención comunitaria, rehabilitación y empleo. Salamanca: Instituto universitario de integración en la comunidad; 2003. P. 127-151.
- (2) Leal Rubio J, Escudero Nafs A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Estudios; 2006.
- (3) Stein L, Santos A. Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. New York: Norton; 1998.
- (4) Casado González C. Funciones de enfermería en Tratamiento Asertivo Comunitario. En: II Simposium Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental. Avilés; 2005.
- (5) Vila Pillado L, Area Carracedo R, Ferro Iglesias V, Gonzalez Domínguez-Viguera L, Justo Alonso A, Suárez Sueiro MJ, López Ares S, Tuñas Dugnot ML. Trastorno Mental Severo. Revista TOG (A Coruña) [revista Internet] 2007 [Junio 2008(5): [52 p.]. Disponible en :<http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision1.pdf>
- (6) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: AEN Cuaderno técnico Número 6; 2002.
- (7) Marco de Trabajo para la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso. Revista TOG (A Coruña) [revista en Internet] 2002 Noviembre-Diciembre. [Acceso 1 octubre de 2008]; 56 (6). Disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_de_Trabajo_de_Terapia_Ocupacional.pdf
- (8) Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en Salud Mental. 1ª ed. Barcelona: Glosa; 2007.
- (9) Talavera Valverde, MA. Guía orientativa de recomendaciones para la intervención del Terapeuta Ocupacional en Trastorno Mental Grave. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2007 [Acceso 1 octubre 2008]; (5): [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/pdfs/revision2.pdf>
- (10) Terapia-Ocupacional.com el portal español de Terapia Ocupacional [sede web]; Marzo 2006 [acceso 1 Octubre 2008] Pellegrini M. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación Basada en la Comunidad – RBC. Disponible en http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml

- (11) Terapia-ocupacional.com el portal español de Terapia Ocupacional [sede web]. País Vasco: II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental. Octubre 2004 [Acceso 1 octubre 2008] Pellegrini M. Instrumentos de evaluación en psiquiatría. Disponible en:
- (12) Huertas Huertas M C. Tratamiento Asertivo Comunitario [página principal de Internet]. Madrid [Actualizada el 29 de Septiembre 2008; acceso el 1 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Tratamiento_Asertivo_Comunitario.shtml