



Hermandades  
Hospitalarias

# Informaciones **Psiquiátricas**

Monográfico

I Jornadas de  
Terapia Ocupacional en  
Salud Mental Benito  
Menni CASM

Sant Boi de Llobregat, 29 de noviembre  
de 2019

Nº. **242**

**4.** Trimestre

2020



PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS  
HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el **Dr. D. Parellada**

## DIRECTOR

Dr. Pedro Roy Millán

## JEFE DE REDACCIÓN

Sr. J.L. Arroyo Cifuentes

## CONSEJO DE DIRECCIÓN

Sor Elisa Sánchez Santamaría

Dr. J.A. Larraz Romeo

Dr. M. Martín Carrasco

Dr. J.I. Quemada Ubis

Dr. F. del Olmo Romero-Nieva

Dr. C. Franquelo Cruz

Dr. E. Rojo Rodes

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. Orrit Clotet

Dra. M. Centeno Casanovas

Sr. J. Tristany Claret

Dr. E. Díaz-Albo Hermida

Dr. S. Sarró Maluquer

Dr. C. Martín Lorenzo

Dr. J. Gómez de Tojeiro Roce

## ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. Álvarez Martínez

Prof. Dr. C. Arango López

Prof. Dr. J.L. Ayuso Mateo

Prof. Dr. A. Bulbena Vilarrasa

Prof. Dr. J.L. Carrasco Parera

Prof. Dr. M. Casas Brugué

Prof<sup>a</sup>. Dra. M<sup>a</sup> Paz García Portilla

Prof. Dr. J.L. González Rivera

Prof. Dr. M. Gutiérrez Fraile

Prof. Dr. P. McKenna

Dr. I. Madariaga Zamalloa

Dr. M. Martínez Rodríguez

Prof. Dr. L. Ortega Monasterio

Dra. E. Pomarol-Clotet

Prof. Dr. J. Sáiz Ruiz

Prof. Dr. L. Salvador Carulla

Dr. Manuel Sánchez Pérez

Dr. J. Tizón García

Prof. Dr. M. Valdés Miyar

Prof. Dr. E. Vieta Pascual

## SEDE PROVINCIAL BARCELONA

Av. Jordà, 8

08035-Barcelona

Tel.: 93.418.69.33

e-mail: [informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es)

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)

[www.hospitalarias.es](http://www.hospitalarias.es)

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICODOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/ Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Depósito Legal. B. 675-1958 / ISSN 2385 – 7463



## Normas para la presentación y publicación de trabajos

**Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.ICMJE.org>**

**Informaciones Psiquiátricas** aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Salud Mental, Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los tipos de trabajos que podrán ser aceptados en la Revista son los siguientes: Originales, Revisiones, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Los trabajos pueden remitirse a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, a través del correo electrónico [informacionepsiquiaticas@hospitalarias.es](mailto:informacionepsiquiaticas@hospitalarias.es) o mediante acceso directo en [www.informacionepsiquiaticas.com](http://www.informacionepsiquiaticas.com)
4. Se admiten trabajos redactados en español y en inglés.
5. Los trabajos deberán presentarse escritos a doble espacio. Todas las páginas deben estar numeradas de forma consecutiva, empezando por la portada.
6. En la portada deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
  - Título del artículo.
  - Los nombres de los autores y sus afiliaciones institucionales.
  - El nombre del/de los departamento(s) e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo.
  - Descargos de responsabilidad, si los hay.
  - Información para contactar con el autor (Nombre, dirección postal, número de teléfono y dirección electrónica).
7. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
8. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación. El texto de los artículos originales de investigación deberá estar dividido en los siguientes apartados y por el orden que se citan:
  - Introducción.
  - Métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
9. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
  - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
  - b) Las citas de artículos de revistas se efectuarán de la siguiente manera:
    - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
    - Título del trabajo en su lengua original.
    - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
    - Año, número de volumen: página inicial-página final. Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Shelves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in "depressed" schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(10):922-8.
  - c) Las citas de libros comprenderán por el siguiente orden:
    - Apellidos e inicial de los nombres de los autores en mayúsculas.
    - En: Título original del libro.
    - Apellidos e inicial de los (ed).
    - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final. Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
  - d) Las citas de páginas web comprenderán por el siguiente orden:
    - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
    - Título del trabajo en su lengua original.
    - Tipo de soporte entre claudatos.
    - Año y ciudad de publicación (si consta), fecha de edición y/o consulta (recomendado).
    - URL. Simon G, Roy-Byrne P, Solomon D. (2018). Bipolar depression in adults: Choosing initial treatment. [en línea]. Washington. [Consultado el 1 de febrero de 2018]. <http://www.uptodate.com/home>
10. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
11. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación. El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.



- 8 I JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL BENITO MENNI CASM.  
Terapeutas Ocupacionales CASM Benito Menni
- 15 INTERVENCIÓN GRUPAL COMUNITARIA PARA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD PARENTAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL  
Marc Garcés Domingo / Mònica Alonso Valcárcel
- 23 EL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA  
Inés Solsona Martí / Jenniger Gallego
- 37 ANÁLISIS DEL GRUPO TERAPÉUTICO DE FÚTBOL, COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO, DENTRO DE LA TRAYECTORIA DEPORTIVA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN  
Genís Pascual Cutrona
- 47 LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO Y SUS FAMILIAS  
Marco Antonio Raya-Ruiz / Beatriz Castaño-Monsalve
- 54 ANOMALÍAS ESTRUCTURALES EN LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GROSOR, VOLUMEN, AREA DE SUPERFICIE Y GIRIFICACIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL  
FIDMAG informa

---

## I JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL BENITO MENNI CASM Barcelona, 29 de noviembre, 2019

---

Occupational therapy practioners ask  
**“what matters to you”** not **“what’s the matter with you”**  
Ginny Stoffel, AOTA President 2013- 2016

**E**l pasado 29/11/2019 tuvieron lugar las I Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental Benito Menni bajo el lema «Recuperando funcionalidad, compartimos miradas». La cita se llevó a cabo en el Complejo Asistencial Benito Menni de Sant Boi de Llobregat donde, tras completar el aforo, se congregaron 120 profesionales del ámbito social y sanitario.

Estas jornadas surgieron con el objetivo de difundir, reflexionar y compartir el rol del terapeuta ocupacional en salud mental así como dar a conocer el trabajo integral que realiza, como miembro del equipo interdisciplinar, en los diferentes campos de actuación, tanto a nivel hospitalario como comunitario.

A lo largo de la jornada se presentaron diversas experiencias de terapia ocupacional, algunas de ellas de forma conjunta con otros miembros del equipo multidisciplinar. La jornada dio comienzo con la ponencia inaugural, en la que se expuso la construcción del modelo comunitario Benito Menni en el Vallés Oriental. A continuación, y a nivel comunitario, se expusieron tres simposios, el primero reflexionó sobre el rol parental de personas con trastorno mental a través de la intervención grupal (SRC Benito Menni CASM), seguido de la ponencia sobre la intervención del terapeuta ocupacional como acompañante terapéutico en el ámbito de la intervención domiciliaria y comunitaria (PSSJD) y del nuevo programa de atención domiciliaria implementado por el área de Neuropsiquiatría del Institut Guttmann. Las jornadas continuaron en el ámbito de la infancia, con la presentación del programa de atención integral a niños de 4 a 12 años con trastorno del espectro autista y sus familias (HSJD Lleida). Seguidamente, a nivel hospitalario, se presentó



la experiencia centrada en el deporte como herramienta de empoderamiento en una unidad de hospitalización (Benito Menni CASM). Por último, la conferencia de clausura (Universidad de Granada) habló de la investigación en terapia ocupacional, abriendo nuevas oportunidades de evaluación e investigación con sistemas de realidad virtual para niños con TDAH o TEA.

Con un juego de palabras que en castellano suena menos ingenioso que en su versión original, hemos seleccionado la cita que acompaña el inicio de esta publicación «Los terapeutas ocupacionales preguntamos (y nos preguntamos) **“qué es importante para ti”** en lugar de **“qué te pasa”**» porque consideramos que recoge a la perfección el espíritu y la esencia de nuestra profesión, además de reflejar su sintonía con los paradigmas y enfoques actuales de intervención en salud mental.

El Modelo de Recuperación plantea una nueva mirada sobre la salud mental. Para este paradigma, la recuperación significa una nueva manera satisfactoria de vivir la vida, con las limitaciones causadas por la enfermedad, pero con esperanza y reconstruyendo una identidad positiva para disfrutar de una vida con sentido que permita asumir responsabilidad y control en el día a día (1,3). Según este modelo, la recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (2); se aleja de la patología y de los síntomas, y se centra en la salud, la fortaleza, la resiliencia, el bienestar y la calidad de vida. Enfoca la mirada en la recuperación integral de la persona y la realización de su proyecto de vida.

El Modelo de Recuperación está muy ligado a la práctica de la terapia ocupacional, con nuestra mirada rehabilitadora, holística, integral y, sobre todo, esperanzadora.

Al igual que en el modelo de recuperación, se basa en la filosofía y la evidencia de que las personas diagnosticadas con un trastorno mental

pueden y deben recuperarse, llevar a cabo una vida satisfactoria, significativa y productiva (4).

Modelos teóricos propios de la disciplina, como el Modelo de Ocupación Humana y el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, se encuadran perfectamente dentro de este paradigma, situando a la persona en el centro del tratamiento y considerándola siempre como el actor principal del cambio. Nuestro objetivo es posibilitar que la persona recupere su funcionalidad, mejorando la autonomía y la participación en las actividades de autocuidado, instrumentales, laborales o educativas, la planificación y estructuración de su vida diaria, la identificación de roles y el desarrollo de competencias y actividades significativas que favorezcan su inclusión social. Nuestra labor es, en definitiva, acompañar a las personas a participar de forma autónoma en las actividades que desean; posibilitar que puedan ser autoras de sus vidas.

Desde los orígenes de la profesión a principios del pasado siglo, nuestro objeto de estudio ha sido el análisis de la actividad como instrumento terapéutico, utilizada como medio y como fin de tratamiento para promover cambios, potenciar o descubrir fortalezas, ejercer o recuperar roles y desarrollar competencias.

Como especialistas en la actividad humana, conocemos muy bien lo complejo que es, tras las limitaciones causadas por la enfermedad, volver a participar en ocupaciones elegidas y deseadas, restaurar los roles perdidos y desempeñar las rutinas y las habilidades de la vida diaria necesarias para llevar a cabo una vida satisfactoria y con propósito. La especificidad de nuestra profesión aporta el cuidadoso análisis de la actividad, la persona y su entorno (físico, cultural, social) lo que posibilita que la actividad como vehículo de recuperación sea terapéutica y constituya un instrumento para la participación e inclusión social.

La crisis sanitaria en la que nos encontramos actualmente ha puesto de manifiesto una vez más la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas que padecen un trastorno mental. Las restricciones sociales, el

cierre de recursos comunitarios así como las duras y largas condiciones de aislamiento y confinamiento de los centros hospitalarios y residenciales han supuesto la interrupción de rutinas y hábitos adquiridos, el cese de actividades significativas y de participación comunitaria así como la disminución o ausencia de la interacción con el entorno social cotidiano.

Todavía de consecuencias imprevisibles, todo ello ha provocado un gran impacto para la persona y un retroceso para su proceso de recuperación. Esta coyuntura plantea nuevos retos a los que dar respuesta de forma colectiva.

La OMS, en su acepción de Salud (1948), amplía el concepto a la esfera física, mental y social, alejando la definición de la única ausencia de afecciones o enfermedades (4). El desarrollo de actividades significativas y con propósito está directamente relacionado con un estado óptimo de salud (6,9), es por lo tanto nuestro compromiso favorecer la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante la participación en ocupaciones deseadas, y evitar así la *privación*<sup>1</sup> y la *alineación*<sup>2</sup> ocupacional en un momento tan complejo como el actual.

En este periodo de incertidumbre, las restricciones de la pandemia han hecho que muchas personas se detengan a reflexionar sobre su modo de vincularse con el mundo, adaptándose, buscando y redescubriendo nuevas formas de “hacer”. Como expertos en el “hacer”, nos corresponde

---

<sup>1</sup> Estado de preclusión de involucrarse en ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores externos al control inmediato del individuo generando un impacto en la salud y el bienestar de los individuos y comunidades (7,8).

<sup>2</sup> Experiencia prolongada de un individuo o comunidad de “desconexión, aislamiento, vacío, falta de sentido de identidad (...) o una sensación de falta de significado como la falta de sentido o propósito en las ocupaciones de la vida cotidiana (...)”. El foco está puesto en la limitación de opciones para participar en experiencias significativas o enriquecedoras (7,8).

promover la participación ocupacional de las personas que se encuentran limitadas por cualquier causa, debemos explorar y diseñar nuevas formas de “hacer”, de “ocupar” un lugar en el mundo, de participar en actividades que den significado y valor a la vida.

### **Comité Organizador**

Laura González Martí  
Mónica Alonso Valcárcel  
Leticia Jiménez Guerrero  
Lucía Martínez García

Terapeutas Ocupacionales CASM Benito Menni  
lgonzalezm.hbemni@hospitalarias.es

*No quisiéramos finalizar sin antes agradecer el interés depositado en nuestra profesión al ofrecernos la posibilidad de celebrar esta I Jornada. Gracias a la dirección médica y asistencial y a todo el personal del CASM Benito Menni que colaboró con nosotras y lo hizo posible.*

## Referencias bibliográficas

1. Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2003, (37), 586-594.
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993, (16), 11-23.
3. Andresen, R, Oades, L. G. Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery: Beyond Mental Illness*. Chichester: Wiley Blackwell.
4. Occupational Therapy's Role in Mental Health Recovery. American Occupational Therapy Association. (2011). Disponible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content//PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf>
5. OMS (Organización Mundial de la Salud). Documentos básicos 48ª Ed, 2014. (Internet) Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
6. Libro Blanco de Terapia Ocupacional en Castilla-la Mancha. Grupo Regional de Trabajo de Terapeutas Ocupacionales de la Red de Salud Mental de Castilla-la Mancha. SESCOAM (2016). [Internet]. Disponible en: [https://www.uv.es/graus/OPE/ANECA/lilibros\\_blanco/libroblanco\\_terapiaocupacional\\_def.pdf](https://www.uv.es/graus/OPE/ANECA/lilibros_blanco/libroblanco_terapiaocupacional_def.pdf)
7. Whiteford, G. Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*. 2000; 63 (5), 200-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>
8. Molineux M, Whiteford G. Prisons: From occupational Deprivation to Occupational Enrichment. *Journal of Occupational Science*. 2004; 6 (3): 124-130.
9. Kielhofner G. (2011). *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación*. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.



---

# INTERVENCIÓN GRUPAL COMUNITARIA PARA MEJORAR LA FUNCIONALIDAD PARENTAL DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

---

## **Mònica Alonso Valcárcel**

Terapeuta ocupacional.

Servei de Rehabilitació Comunitària de Granollers. CASM Benito Menni  
malonso.hbmenni@hospitalarias.es

## **Marc Garcés Domingo**

Psicólogo

Servei de Rehabilitació Comunitària de Granollers. CASM Benito Menni.  
mgarcés.hbmenni@hospitalarias.es

## **Resumen**

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) Benito Menni de Granollers es un dispositivo asistencial que integra diferentes acciones y técnicas orientadas a la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Las intervenciones se centran en la atención individual, grupal, familiar y/o comunitaria. El SRC está formado por un equipo multidisciplinar de psicólogos, terapeutas ocupacionales y educadores sociales.

Durante el proceso rehabilitador se observan dificultades en el desempeño del rol parental en usuarios con hijos en edad de crianza, siendo un factor estresante durante el tratamiento. También se identifican problemas psicosociales de los hijos/as de estos usuarios.

En el año 2012 se crea el grupo de padres

y madres, en el que participan usuarios vinculados al SRC que son padres o madres y expresan inquietudes de mejora.

El grupo lo conduce una terapeuta ocupacional y un psicólogo clínico.

En 2016 empiezan a participar usuarios derivados del CSMA de Granollers sin diagnóstico de trastorno mental severo (TMS).

Los objetivos del grupo son: mejorar las dinámicas y la comunicación entre padres e hijos/as, aumentar las capacidades parentales, reflexionar sobre la vivencia de la parentalidad y cómo el trastorno mental influye en la crianza y en la salud mental de los hijos/as.

**Palabras clave:** Rehabilitación, rol parental, Terapia Ocupacional, habilidades parentales, trastorno mental.

## Abstract

The Community Rehabilitation Service Benito Menni in Granollers (SRC) is a healthcare device that integrates different actions and techniques aimed at psychosocial rehabilitation for people with severe mental disorder. The interventions focus on both individual and therapy group and also to families or community care. The SRC consists of a multidisciplinary team of psychologists, occupational therapists and social educators.

During the rehabilitation process, difficulties are observed in the performance of the parental role in users with children of childbearing age, being a stressful factor during treatment. Psychosocial problems of the children of these users are also identified.

In 2012, the group of fathers and mothers was created; SRC users who were parents and expressed concerns for improvement began to participate. An occupational therapist and a clinical psychologist lead the group.

In 2017, referrals from the CSMA of Granollers without diagnosis of severe mental disorder also joined the group. The objectives of the group are: to improve the dynamics and communication between parents and children, to increase parental skills, to reflect on the experience of parentality and how the mental disorder influences the upbringing and mental health of children.

**Key Words:** Rehabilitation, Parental role, Occupational Therapy, parental skills, mental disorder.

## Introducción

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) de Granollers es un recurso de atención pública ambulatoria concertado con el Servei Català de la Salut (CATSALUT). Su principal objetivo es el tratamiento de los factores psicosociales de los trastornos mentales severos (TMS), sobre todo trastornos de carácter psicótico, y su labor se orienta a la activación de recursos personales, familiares y de la red social de la persona usuaria, con el fin de promover la autonomía y la independencia emocional, funcional y social. Los SRC los desarrolla un equipo multidisciplinar, formado por Psicología Clínica, Terapia Ocupacional y Educación Social.

La Terapia Ocupacional es la disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desarrollar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o alterada por cualquier causa.

El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas diarias requeridas y conseguir el máximo de autonomía e independencia.

Durante el proceso de rehabilitación de nuestros usuarios se trabaja en tres ejes para reestablecer, mejorar y mantener las diferentes áreas donde intervenimos con la persona. Estas áreas son su estado clínico; su funcionalidad; su red social; su familia y su participación comunitaria.



## El grupo: definición, origen y objetivos

El grupo que aquí se desarrolla lo definimos como un grupo psicoterapéutico para personas que sufren un problema de salud mental vinculadas a un Centro de salud mental de adultos (CSMA), con el objetivo principal de empoderar su rol de padre o madre.

Cabe recordar que el término “empoderar” procede del vocablo inglés *empower*, y alude a ayudar a una persona o a un conjunto de individuos a ser más fuertes y a tener más poder. El empoderamiento por lo general apunta a grupos que, por diversos motivos, se encuentran en un estado de vulnerabilidad, como es el caso de nuestros usuarios. Es por este motivo que los proyectos que impulsan el empoderamiento buscan mejorar la autoestima, otorgar recursos simbólicos y/o materiales a quienes están en una posición desfavorable y así lograr un cambio positivo en sus vidas.

Las capacidades parentales forman parte del área funcional de la persona, dentro del desarrollo de las actividades de la vida diaria, es por esto que un grupo de estas características encaja perfectamente en un SRC donde el modelo de Terapia Ocupacional basado en recuperar funcionalidad es uno de los ejes fundamentales del proceso rehabilitador.

El grupo tiene su origen hace algunos años cuando los profesionales del servicio observaron dificultades en el desempeño del rol parental en usuarios con hijos en edad de crianza, siendo un factor estresante durante el tratamiento. Se identificó que una de las particularidades de estos usuarios/as era la poca conciencia del rol que desempeñaban y, a su vez, se detectaron problemas psicosociales en los hijos/as de estos usuarios. Por todo esto, en el año 2012 se crea

el grupo de padres y madres para intervenir con usuarios con TMS activos en el SRC y que a su vez están ejerciendo un rol de padre o madre. A partir del 2016 el grupo se abrió a cualquier persona vinculada al CSMA de Granollers.

Según el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido (2001), uno de los factores que pueden ayudar a mitigar los posibles efectos negativos de crecer con unos progenitores que sufren una enfermedad mental es ofrecer apoyo y ayuda práctica para la familia en los cuidados del pequeño.

Los objetivos más específicos del grupo se pueden resumir en promover, mantener y recuperar la autonomía funcional de las habilidades parentales dando herramientas y estrategias para el manejo de la crianza.

Otro objetivo que persigue el grupo es mejorar la satisfacción personal en el desarrollo de su rol como padre o madre. Para evaluar esto nos basamos en cuestionarios de satisfacción que los usuarios rellenan periódicamente; los resultados en relación a la satisfacción personal son de mejoría. En numerosas ocasiones, precisamente al iniciar el grupo su nula conciencia de dificultades hace que su autopercepción como padres se encuentre un poco desconectada con la realidad y el grupo les hace ser más conscientes, hecho que se refleja en la insatisfacción que puedan sentir como padres en el momento de ser evaluados.

El objetivo clave del grupo es mejorar la comunicación y el tipo de vínculo que nuestros usuarios/as tienen con sus hijos. Es precisamente este asunto lo que les genera mayores niveles de ansiedad y estrés, y lo que a su vez puede repercutir en su estado psicopatológico.

## Características generales del grupo

Como hemos señalado, el primer grupo se inició en el año 2012 y contaba con una edición anual de unas 12 sesiones aproximadamente; hasta el año 2017 lo integraron exclusivamente usuarios/as ingresados en el SRC. Fue en septiembre del 2017 cuando se decidió abrir el grupo y hacerlo transversal ofreciendo la posibilidad a otras personas atendidas en el CSMA y sin la necesidad de que sufrieran un TMS. A partir de ese momento, el grupo creció y se convirtió en el grupo de referencia en relación a la crianza infantil y salud mental de adultos de la zona del Valles Oriental. Actualmente, recibimos derivaciones desde todos los dispositivos de la red de salud mental de adultos de la zona; ya sea desde CSMA, Hospital de Día o CAS (Centro de atención socio sanitaria para toxicomanías).

Una vez se nos deriva el caso vía mail, los responsables del grupo citan a la persona para hacer una entrevista de valoración e indicarle si es apto para el grupo y qué día puede empezar. Los criterios en los que nos basamos a la hora de decidir si el usuario es apto o no para vincularse al grupo son los siguientes: tener un rol activo en la crianza, estabilidad psicopatológica, vinculación al CSMA y motivación para el cambio, lo que incluye cierto reconocimiento de las dificultades propias de la crianza y/o el manejo de su trastorno con el estrés de educar.

El grupo tiene una frecuencia semanal con una duración de 1 hora y media por sesión.

Está operativo de septiembre a julio; dejando solo un mes de descanso. El tamaño del grupo puede oscilar entre 15 y 20 personas.

Desde el 2019 las parejas o personas que compartan el rol activo en la crianza con nuestros usuarios/as también están invitados/as a participar de manera presencial en el grupo si lo desean y les resulta posible, ya que la ayuda y apoyo de familiares en este asunto es crucial para la mejoría. Desde que se dio esta opción han sido varias las parejas que han participado de manera puntual en algunas de las sesiones.

## Perfil del usuario actual

En la actualidad, el grupo está compuesto por 16 usuarios/as activos de los cuales el 35% son hombres y el 65% son mujeres. La edad media oscila entre los 40 y los 45 años. El 70% de los usuarios tienen 2 o más hijos, el otro 30% un hijo/a. En relación a los diagnósticos, predominan los trastornos bipolares, trastornos de personalidad y trastornos del espectro psicótico. La mayoría de los participantes conviven con el otro progenitor. El 80% se encuentra en situación de incapacidad temporal permanente o revisable; y el otro 20% restante está en situación de desempleo. Durante el último año, también estamos evaluando mediante *escalas validadas*<sup>1</sup> tanto el nivel de autoestima general del usuario como la propia percepción que cada uno de ellos tiene sobre sus habilidades parentales. A falta de disponer de una muestra más consolidada, así como

---

<sup>1</sup> Silvia Arroyo, (2015) *Escala de funcionamiento parental (EFP)*  
Rosenberg (1965) *Self-Esteem Scale*. [callhelpline.org.uk](http://callhelpline.org.uk), The Betsi Cadwaladr University Health Board

más tiempo de exploración, los primeros resultados dan muestra de que el grupo tiene un impacto favorable en la autoestima del individuo y una mejoría en la autopercepción de su rol como padre o madre.

## Contenidos y metodología

Los contenidos tratados en el grupo siempre giran alrededor de 3 grandes temas: las Actividades de Vida Diaria (AVD), la comunicación y el trastorno mental.

Las AVD son actividades fundamentales para conseguir la autonomía de la persona. Actividades básicas como la higiene, la alimentación, el vestido, la movilidad y el sueño son actividades orientadas a un buen desarrollo y cuidado de uno mismo. Actividades instrumentales como el cuidado del entorno, el uso de los sistemas de comunicación, la movilidad comunitaria, son actividades que permiten la buena interacción con el entorno.

Una parte importante de la crianza de los niños/as es la de conseguir la máxima autonomía en estas actividades. En el grupo se trabajan las dificultades a la hora de desempeñar estas tareas, y para ello, tanto el grupo como los terapeutas buscan y comparten estrategias para poder afrontar y solventar estos problemas. Se utilizan diferentes materiales como artículos, libros o videos en los que se muestra a los padres y madres a gestionar estos hábitos. A través de técnicas como la del rol playing podemos valorar y posteriormente adaptar maneras de hacer para que el padre o la

madre las utilice en su vida cotidiana. No podemos olvidar que los participantes del grupo presentan déficits importantes a nivel funcional, y a través de la crianza y del rol que han de ejercer hacia sus hijos/as pode-

mos ofrecer una oportunidad para mejorar sus propios hábitos. Durante todo el grupo destacamos siempre la importancia del modelaje de los padres hacia los hijos, siendo la herramienta fundamental para el desarrollo del niño/a.

Otro de los contenidos importantes que se aborda en el grupo es la comunicación. La comunicación es clave en las relaciones interpersonales, y aún más cuando se refiere a la crianza. El objetivo de la comunicación es unirnos o vincularnos con el otro a través del afecto y la empatía; dar y recibir información, expresar y comprender lo que pensamos, transmitir nuestros sentimientos, etc. Es importante que los padres y madres puedan trabajar la comunicación con sus hijos/as y conseguir una comunicación fluida y sana. A través de técnicas de comunicación y rol playing se fomenta en el grupo su importancia, principalmente con el objetivo de prevenir posibles problemáticas en la salud mental de los niños/as. Al igual que ocurre con los déficits funcionales, también los participantes del grupo presentan déficits a nivel de comunicación interpersonal. El propio espacio terapéutico ya es un escenario idóneo para poder trabajar las habilidades sociales y los diferentes componentes de la comunicación.

Uno de los temas más habituales y presentes durante todas las sesiones es cómo afecta el trastorno mental en el desempeño del rol parental. La mayoría de los participantes mantiene que el ser padre o madre es un factor de estrés en relación al trastorno. Asimismo, comparten muchas dudas sobre cómo comunicar las dificultades relacionadas con su problemática a sus hijos/as. Desde del grupo proponemos maneras para poder comunicar qué les sucede, a partir de cuentos o de experiencias personales que hacen de mediador para poder facilitar la comuni-

cación con sus hijos/as. Paralelamente destacamos la importancia del trabajo personal y psicosocial de cada uno de ellos como valor importante para favorecer la relación. La persona ha de trabajar y mejorar el manejo del trastorno, ha de mejorar su propia funcionalidad y ha de conseguir una red social de apoyo. Todos estos factores serán determinantes en la crianza de los niños/as.

## Dificultades de los usuarios participantes

Los participantes del grupo en ocasiones presentan dificultades para vincularse. En muchas ocasiones, la falta de conciencia del rol de padre/madre hace que resulte difícil el poder hablar de ello. Algunos minimizan las dificultades por miedo a las consecuencias que podrían tener si asumieran que tienen problemas en la crianza. No debemos olvidar que muchos de estos padres y madres son evaluados y observados por los servicios sociales.

Otra dificultad común a la hora de realizar el grupo es la creencia que tienen respecto a la paternidad. Idealizan tanto el rol de padre/madre como también a los hijos/as. Esta creencia es un obstáculo para poder trabajar y puede haber padres o madres que asistan de forma muy irregular o algunos lleguen incluso a abandonar el grupo. Si se vinculan, esta creencia desaparece y son capaces de aceptar la situación que están viviendo, logrando tratar en el grupo tanto las dificultades como las capacidades.

En ocasiones, la interacción entre ellos durante las sesiones es escasa, existen dificultades para compartir situaciones y experiencias con los hijos/as, ya sea por vergüenza o por miedo a ser juzgados por los demás o por los propios terapeutas. Este es

un componente a tener en cuenta y por ello es de vital importancia aclarar el setting del grupo; respetando la confidencialidad y la seguridad del espacio terapéutico.

## Dificultades de los profesionales

Como hemos indicado, el grupo está conducido por 2 terapeutas (psicólogo y terapeuta ocupacional). La Psicología y la Terapia Ocupacional son dos disciplinas complementarias que ayudan a la persona a integrar las diferentes áreas personales, sobre todo la emocional y la funcional. El hecho de que se trabaje a través de las dos disciplinas favorece que el grupo tenga un mayor valor terapéutico.

Los conductores del grupo han de ser conscientes de las dificultades que pueden tener los participantes, mencionadas en el apartado anterior. También es importante que los terapeutas tengan una buena coordinación, realizando supervisión antes y al finalizar el grupo. Esto ayuda a que se puedan trabajar las movilizaciones personales y contratransferencias que surgen durante las sesiones. Tanto la vivencia que se tiene del rol de padre o madre como el de hijo/a hacen que los terapeutas muestren actitudes delante del grupo que pueden interferir directamente en los participantes.

Otro factor a tener en consideración es el de evitar el paternalismo. Las situaciones que se presentan a nivel social, de negligencia, de mostrar dificultades en el apego y en el vínculo provoca que los profesionales podamos adoptar una actitud de sobreprotección. Esta actitud puede ser negativa para que el grupo pueda desarrollarse con autonomía. Mantener una actitud de escucha activa, de no juzgar comportamientos

o situaciones y de no sobreproteger ayudan a que el grupo se convierta en un espacio seguro y de confianza.

## Conclusiones

La conclusión principal que destacamos en la realización de este grupo terapéutico es la importancia y el impacto de la salud mental en la crianza, en el desempeño del rol parental. Este rol interfiere directamente en el manejo y la funcionalidad del trastorno mental, siendo un factor de estrés y, por tanto, un factor de riesgo de recaídas. Sufrir un trastorno mental ya supone por sí mismo tener dificultades a diferentes niveles, a nivel emocional, cognitivo, funcional, social, etc. y todo esto se incrementa si además se ha de criar a un hijo/a. La madre o padre ha de enseñar todas estas capacidades y habilidades al niño/a y, además, ha de crear un vínculo de apego seguro. En muchos casos, se trata de una tarea difícil, por las dificultades propias del trastorno que impide que la persona pueda ejercer el rol de una forma adecuada. Por ello, es importante crear un grupo terapéutico como factor protector de la salud mental de los hijos/as y fomentar un entorno de seguridad para los niños/as y los padres.

La creación de estos grupos ayuda a las madres y padres que padecen un trastorno mental en el desempeño de ese rol y en la prevención y manejo de la sintomatología. El objetivo ha de ser conseguir un buen manejo del trastorno, una buena gestión emocional y una mejora de su autonomía funcional. Esta mejora se verá reflejada directamente en la salud mental de los hijos/as y en la relación de vínculo.

Desde el grupo nos hemos planteado poder hacer un estudio del impacto del grupo

en la funcionalidad parental, a través de escalas validadas y, de esta manera, consolidar el grupo como un grupo de intervención transversal e integrado en el proceso de recuperación de la persona.

En la realización del grupo hemos detectado la necesidad de coordinarnos con los servicios comunitarios que también atienden a los padres y a los hijos: servicios sociales, escuelas, centros de salud mental infanto-juvenil, centros de atención precoz, etc. Así podremos acordar estrategias y planes de trabajo conjuntos con el objetivo, al fin al cabo, de mejorar la calidad de vida de padres e hijos.

## Bibliografía

- Ausloos, G. (1998). Las capacidades de la familia. Barcelona: Herder.
- Kielhofner, G. (2004). Modelo de la ocupación humana: Teoría y Aplicación. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Marrone, M. (2001). Teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid: Editorial Psimática.
- Sánchez, O.; Polonio, B. i Pellegrini, M. (2013). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. Madrid: Médica Panamericana
- Vinoradoz, S., Yalom, ID. (1996). Guía breve de psicoterapia de grupo. Barcelona: Paidós.
- Sánchez, P. i Sanz, L. (2005). Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: A propósi-

to de un caso. Revista de la AEN, XXV (95), 151-165.

- García, A. i Albadalejo, C. (2005). Vulnerabilidad al trastorno mental en hijos de padres que padecen un trastorno mental severo. Revista de psicopatología i SM del niño y del adolescente, M1, 47-61.
- López, P. i Tárrega, B. (2010). Grupo de padres con hijos con trastorno mental grave. Revista de psicopatología i SM del niño y del adolescente, 15, 85-92.

---

# EL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

---

## **Inés Solsona Martí**

Terapeuta ocupacional  
PSSJD (Parc Sanitari Sant Joan de Déu).  
inessolsonamarti@gmail.com

## **Jenniger Gallego**

Terapeuta ocupacional.  
PSSJD (Parc Sanitari Sant Joan de Déu).  
jen.gallego.r@gmail.com

## **Resumen**

Lo que se explica en este artículo, corresponde a una visión concreta de lo que significa el acompañamiento a personas con una enfermedad mental severa. Esta visión y orientación está basada en la teoría psicodinámica. Se ha teorizado una manera de trabajar específica del terapeuta ocupacional dentro de la atención comunitaria en el ámbito de la salud mental.

La intervención domiciliaria que se hace desde la Terapia Ocupacional como acompañante terapéutico está basada en el uso terapéutico del vínculo entre terapeuta y persona, y entre la persona y su comunidad. Dándole a la persona un lugar de protago-

nismo en la intervención, fomentando la autonomía, la responsabilidad y la creación de un proyecto de vida saludable. Respecto al terapeuta como profesional, se analiza las dificultades con las que se puede encontrar a nivel emocional con la persona a la cual atiende desde una perspectiva transferencial y contratransferencial. Así como la utilidad del uso terapéutico del encuadre que proporciona a la persona coherencia, seguridad y límites.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, acompañamiento, atención domiciliaria, autonomía, encuadre, vínculo, rol profesional, trastorno mental severo, plan de servicios individualizado.

## Abstract

What is explained in this article corresponds to a precise vision of what it means to accompany people with severe mental illness. This view is based on psychodynamic theory. A specific Occupational Therapy way of working in a mental health community setting has been theorized.

Home interventions carried out from Occupational Therapy as a therapeutic companion are based on the therapeutic use of the bond between the professional and the person, and between the professional and the community. Offering the client a leading role in the intervention, promoting autonomy, responsibility and the possibility to create a healthy life project. Regarding the therapist as a professional, the emotional issues that may appear, both at a transference and countertransference level are analysed. As well as the benefits of using a therapeutic setting which offers the client coherence, security and limits.

**Key Words:** Occupational Therapy, companion, home intervention, autonomy, setting, bond, professional role, severe mental illness.

## Introducción

Alrededor de los años 80 se llevaron a cabo planteamientos profundos respecto a la atención psiquiátrica en Catalunya y el estado español. A raíz de la elaboración de una ley en la que se promulgaba una reforma importante respecto a una atención más comunitaria de las personas con una enfermedad mental, en detrimento de la institucionalización, muy instaurada en el sistema sanitario; se fueron creando nuevos recursos para llevar a cabo la asistencia psiquiátrica basada en un modelo comunitario y desinstitucionalizador.

Diferentes modelos de programas de servicios y cuidado de enfermos mentales graves y crónicos en la comunidad se fueron instaurando en todo el estado, destacando el modelo de *case management* (gestión de casos) y el tratamiento asertivo comunitario (TAC).

Dentro de todo este cambio de paradigma se instaura en Catalunya el Plan de Servicios Individualizado (PSI) que es un sistema de gestión de casos de trastornos mentales severos (TMS). El objetivo principal del cual es *“adaptar los servicios sanitarios y sociales a las necesidades concretas de cada paciente y acercarlos tanto como sea posible a su medio natural, para consolidar la continuidad asistencial”*.<sup>1</sup>

El PSI está implantado en la gran mayoría de comarcas de Catalunya, dependiendo, en la mayoría de los casos, de los servicios de salud mental de cada territorio.

---

<sup>1</sup> CONSELL ASSESOR SOBRE ASSISTÈNCIA PSIQUIÀTRICA I SALUD MENTAL Pla de serveis individualitzats (PSI). Quaderns de salut mental. Barcelona. Edició: Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2003 [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/quaderns\\_salud\\_mental/psi\\_cat.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/quaderns_salud_mental/psi_cat.pdf). (últim accés 20 de setembre 2015).



Los profesionales que dan cuerpo al programa y que lo articulan están formados en diferentes disciplinas como la terapia ocupacional, la enfermería, el trabajo social, la psicología o la educación social y su rol profesional, dentro del PSI, es el de gestor de casos.

El PSI es un ente independiente, pero en constante coordinación con los diferentes recursos de la red asistencial y comunitaria. Tabla 1.

Uno de los principios básicos y que diferencia el programa de otros, dentro de la intervención en salud mental, es que la intervención se realiza en el domicilio y en la comunidad de la persona, por tanto, en su espacio cotidiano. Esto significa que el profesional sanitario se desplaza donde se encuentra la persona, en su contexto más cercano, ya sea en su domicilio, en su barrio, su residencia o, en algunos casos, si

está ingresado, en alguna unidad de agudos o subagudos o de larga estancia. Este hecho proporciona una visión completa de la persona, de su familia y de su contexto más inmediato. Esto permite una observación y evaluación mucho más meticulosa y precisa de lo que le pasa al paciente y su entorno, diferente, en muchas ocasiones, a lo que se observa durante los ingresos en agudos, subagudos o el mismo CSMA (Centro de salud mental de adultos).

En 1995 se asentaron las bases del funcionamiento del PSI, un grupo de trabajo realizó un documento en el que explicaban qué era el PSI, la población diana a la cual estaba destinado, principalmente, a TMS (Trastornos Mentales Severos), los criterios de inclusión y exclusión, como vemos en la tabla 2, y sus principios y objetivos, que se muestran en la tabla 3.

Tabla 1

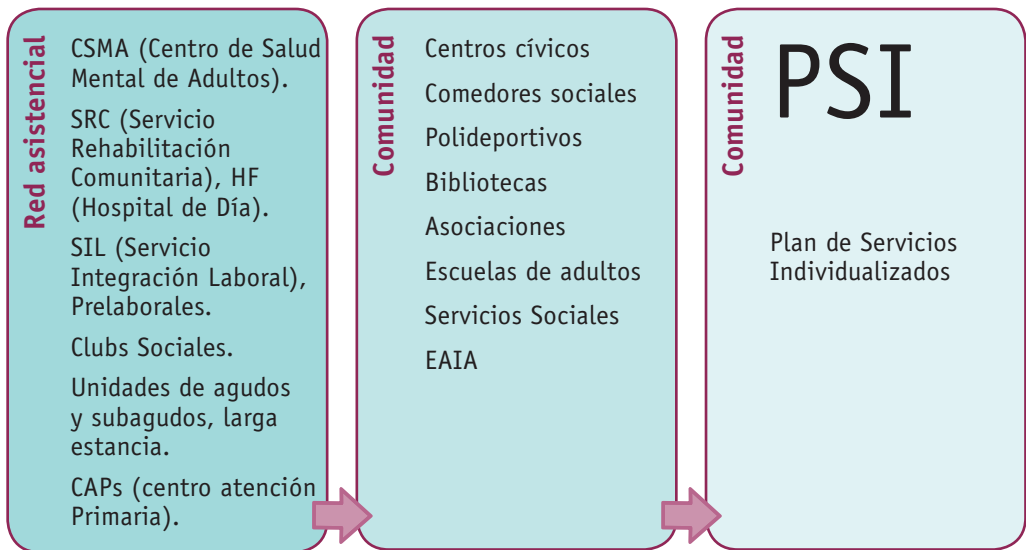


Tabla 2

<b>Criterios de inclusión y población diana</b>	
<b>Criterios diagnósticos</b>	Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno Bipolar y trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de la personalidad y trastorno de ansiedad con agorafobia.
Disfunción psicosocial Dependencia Sobrecarga familiar o ausencia Ausencia red social	<b>Criterios Sociales</b>
<b>Criterios de utilización</b>	Utilización previa de uno o más servicios de salud mental, de forma prolongada o reiterada. Previsión de la necesidad de utilizar muchos servicios en el futuro. Abandono de los seguimientos de tratamiento superior a 6 meses
Se excluirán las personas con diagnóstico primario de abuso de sustancias.	

Tabla 3

<b>Principios</b>	La atención se realiza en el domicilio de la persona y la comunidad, utilizando el máximo de recursos comunitarios posibles. La persona es el protagonista de la acción. Se potencia las fortalezas de la persona así como la autonomía y la responsabilidad. La intervención está basada en el vínculo terapéutico.
Diagnosticar y evaluar las necesidades. Buscar recursos comunitarios disponibles y facilitar el acceso. Elaborar, ejecutar y evaluar los TPI. Coordinar los servicios con el fins de asegurar la continuidad de la atención. Velar por la calidad y la ética de los servicios dados. Velar por los derechos de las personas con TMS. Potenciar la autonomía de la persona. Fomentar la creación de un proyecto de vida saludable.	<b>Objetivos</b>

Como terapeutas ocupacionales, acompañamos terapéuticamente a las personas que son derivadas per la red asistencial de salud mental, principalmente, del CSMA, agudos y subagudos.

El trabajo de la terapia ocupacional se basa en acompañar a la persona en su cotidianidad, en la confección de sus propis deseos (acciones, actividades, vínculos) y en la consecución de los mismos. Significa darles un soporte terapéutico, “caminar” con ellos a su ritmo, adaptándose a los tiempos

de cada persona. Es dar soporte a la persona en su día a día para que sea autor de su propia vida, potenciando la mayor participación activa por parte de esta, implicándola en su tratamiento. El acompañante terapéutico intenta restaurar lo que está deteriorado en la persona afectada por una enfermedad mental. Es un mediador, facilitador entre la persona afectada de una enfermedad mental y los otros, su barrio, sus estudios, su trabajo, el hospital, sus aficiones.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Rossi GP. *El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental*. 2005. Disponible en: [www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoylosdispositivosalternativosdeatencionensaludmental.pdf](http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientoylosdispositivosalternativosdeatencionensaludmental.pdf) (últimaccés 30 de septiembre 2015).

El TO trabaja para evitar el aislamiento, la cronicidad y para que la persona se mantenga en su entorno participando en las actividades y vínculos sociales significativos.

## Intervención

Reflexionar sobre el tipo de intervención que realiza el TO en este recurso desemboca en un cuestionamiento ético, porque la ética guía la forma de intervenir de cada profesional; la ética marca el modo en el que hacemos las cosas. Según la Dra Begoña Roman<sup>2</sup>, todos los profesionales tienen que respetar y valorar la moral de las personas a las que atienden, ya que será en base a ella que realizaremos la intervención. Es decir, si el objetivo de la intervención es mejorar la calidad de vida de la persona, esta tendrá que ser bajo su concepto de calidad de vida, no bajo el nuestro. Este es un error muy extendido en el panorama asistencial, ya que se suele imponer nuestra visión de calidad de vida a los otros. Por otra parte, cabe destacar que *“el concepto de calidad de vida cambia a lo largo del tiempo”* (Roman, 2015) para todos y para las personas con las que intervenimos.

Existen tres principios éticos que debemos tener presentes:

- El principio del respeto a la autonomía<sup>4</sup>: “Se refiere a la capacidad que tienen las personas para autodeterminarse, libres de presiones externas que condicionen sus actos (libertad externa) y libres de limitaciones individuales que impidan actuar intencionadamente (libertad interna)”.
- El principio de beneficencia<sup>5</sup>: “obrar solo en beneficio del paciente”, es decir, suministrar bienestar y velar por sus intereses. Por ejemplo, que cree vínculos con la comunidad. Pero, ¿y si la persona no percibe el acto como beneficioso para ella misma? Entonces se tiene que derivar el caso al comité ético.
- El principio de no maleficencia, *Primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño): “obliga a no hacer daño intencionadamente”, es decir, si no se puede obrar en beneficio de la persona al menos no hacerle daño. Por ejemplo, no actuar por la persona, ya que se estaría fomentando la dependencia hacia el profesional.
- El principio de justicia «los iguales tienen que ser tratados igualmente, y los desiguales tienen que ser tratados desigualmente»<sup>6</sup>. Por ejemplo, distribuir el tiempo de intervención por igual, pero si en un momento dado hay una urgencia con una persona, dedicarle el tiempo que sea necesario.

<sup>3</sup> Roman, Begoña. *Estret del apunts del Curs “Ètica i gestió de casos en salut mental”. Unitat de formació del Parc sanitari Sant Joan de Dèu. 14,21,28 de Enero y 4 de Febrero 2015.*

<sup>4</sup> Quintana, C. *El "principiooalismo" y la bioética. BIOÉTICA desde ASTURIAS. 7 Enero 2012* <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2012/01/el-principiooalismo.html> (último acceso 30 de septiembre 2015).

<sup>5</sup> Julia Thompson M. D. *Los principios de ética biomédica. CCAP 's.f' (15-33)* [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_4/15-34.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf)(últimaccés 30 de septiembre 2015).

<sup>6</sup> Beuchamp; Childress, J.F, T.L (1979). *Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press pp. 227*

La Terapia Ocupacional, bajo la visión de la ética profesional, trabaja con la **persona**, la ocupación y el entorno. Cuando una persona es derivada al PSI es importante conocer qué es lo que quiere, si necesita soporte en algún aspecto de la su vida, si está satisfecho/a con su calidad de vida. Estas respuestas constituyen las primeras informaciones que se obtienen de la persona, siendo de gran importancia para enfocar el acercamiento y la forma de dirigirse a la persona. Sin olvidar que hace falta saber adecuarse a cada persona, lo que requiere mucho entrenamiento por parte del profesional en la escucha clínica, emocional y corporal.

Así mismo, las personas en muchas ocasiones no saben responder a estas preguntas. Por tanto, este hecho marcará el punto de partida de la intervención, que estará dirigida a que la persona pueda expresar y descubrir qué es lo que quiere, a verbalizar su necesidad de soporte y si está satisfecho con su calidad de vida o quiere aumentarla.

La **ocupación**, se trabaja para que la actividad sea escogida por la persona, ya que la actividad tiene que ser deseada para que pueda realizarla. Paralelamente se analiza la historia ocupacional de la persona, su manejo en el autocuidado, la productividad y el ocio. Se observan sus habilidades cognitivas, psicosociales y psicomotrices.

El **entorno**, es fundamental para la intervención ya que la persona no es un ente aislado, está dentro de su familia y de su comunidad. Aspectos básicos para entender los orígenes, tanto de sus dificultades como de sus habilidades.

Toda esta información se recopila mediante la observación, el diálogo y el plan de atención terapéutico que se elabora conjuntamente con la persona. Este plan de atención se centra, sobre todo, en recoger las

fortalezas y las carencias que ha tenido en el pasado, que tiene en el presente y que le gustaría tener en el futuro.

## Metodología

Cuando un caso es derivado, se valora si la persona es candidata o no para vincularse al programa. Si se acepta, el terapeuta concreta conjuntamente con el psiquiatra de referencia u otro profesional una primera visita conjunta de presentación. Con anterioridad a la derivación los referentes han tenido que proponer el ingreso en el PSI, ya que la vinculación es totalmente voluntaria.

## Proceso de evaluación:

Durante la primera visita conjunta con el profesional de referencia, el terapeuta explica que es el PSI. La persona derivada, en muchas ocasiones, presenta una aceptación pasiva, o muchas ganas de iniciarlo y, en otros, manifiesta recelo de la nueva figura que se le añade a su vida. Se le habla de la disponibilidad de ayuda y la flexibilidad dentro de un encuadre terapéutico.

En la segunda visita, se le explica el encuadre bajo el cual se trabajará, hay otra parte del encuadre que no se explica, si no que se actúa. Es decir, el encuadre es, por una parte, el espacio constante que se le ofrece a la persona, el tiempo, el lugar, cómo contactar, les tareas propiamente dichas y, por otra, la actitud del terapeuta, como éste se vincula con la persona. Por tanto, su forma de hacer, su forma de mantenerse en su rol profesional y neutral. El encuadre constituye un pilar en la relación recientemente iniciada, su complejidad vie-

ne dada por el hecho que se debe combinar, por un lado, su estabilidad y, por otro, cierta flexibilidad<sup>7</sup>.

En los días sucesivos se evalúa a la persona en su medio y se observan las capacidades y las dificultades que tiene. Poniendo especial énfasis en observar cómo se maneja en su domicilio, cómo se relaciona con la familia, amigos y comunidad, cómo gestiona su economía y, sobre todo, cómo se siente con todos estos aspectos y qué significado le otorga cada persona. A este hecho le nombramos identificar los diferentes roles, es decir, cómo se desenvuelve como hijo, como padre, como amigo, como pareja o como trabajador. Es importante para el profesional poder identificar estos roles.

Una de las peculiaridades de la intervención del terapeuta ocupacional en el PSI consiste en llevar a cabo visitas en el domicilio de la persona. Este hecho está marcado por el cuidado y el respeto absoluto que se debe tener en este contexto. Se ha de tener en consideración que la persona está abriendo un lugar muy privado, el cual, se ha de respetar indudablemente.

Al ser un lugar privado, la persona tendrá un estilo, una manera de hacer concreta con respecto a sus pertenencias y el cuidado de su hogar. Por ejemplo, en algunas ocasiones, debido a los síntomas de la propia enfermedad mental, se pueden encontrar domicilios con un déficit en su limpieza, acumulación de objetos o falta de los elementos básicos para el correcto desarrollo de las AVD, como sería mobiliario, agua, luz, etc. Todos estos aspectos se han de tratar de manera muy cuidadosa y respetuosa, ya que la persona lo

puede vivir como una amenaza o como una invasión hacia ella misma y hacia sus objetos personales. Por lo tanto, se trata de un proceso lento con el que el terapeuta, como acompañante terapéutico, tiene que contar.

Cuando se crea oportuno, se llevará a cabo de forma conjunta con la persona el *Plan de atención individualizado*, el cual se va revisando periódicamente con ella.

### Proceso de planificación:

Las conclusiones a las que se llegan después de la evaluación indican el camino a seguir a la hora de planificar la intervención. Se acuerdan unos objetivos a corto plazo para trabajar conjuntamente con la persona. Estos objetivos se centran básicamente en pequeñas actividades propias de su vida (básicas e instrumentales, productividad y ocio). Es importante que estén vinculadas con sus intereses y con su historia personal: es esencial que exista una vinculación emocional con la actividad; para que todo ello se convierta en una vida más autónoma y en un proyecto de vida más saludable.

### Proceso de intervención:

La intervención se hará bajo el uso terapéutico de la palabra, es decir, se tienen que señalar todas aquellas cosas importantes en las que es importante reflexionar, se preguntará de manera que la persona tenga que explicar y posicionarse respecto por qué y para qué de las cosas que hace. Este pro-

---

<sup>7</sup> Rossi GP. *Acompañamiento terapéutico lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. 3ª ed. Buenos Aires: Polemos; 2013.

ceso en personas con TMS requiere de mucho tiempo y escucha.

El espacio de intervención es el domicilio y la comunidad, el cual es un escenario fantástico para poder practicar la creación y el desarrollo de nuevos roles saludables. Por ejemplo, en una persona que ha pasado mucho tiempo aislada en el domicilio el hecho de acompañarla a la oficina de atención al ciudadano a pedir la tarjeta rosa o ir al polideportivo del barrio favorece nuevas formas de vinculación y nuevos roles. La rigidez de roles y conductas estereotipadas forma parte de la estructura del TMS y será uno de los aspectos con los cuales tendremos que trabajar conjuntamente con la persona.

Además, nos podemos encontrar situaciones en las cuales la persona se confunde con la figura cercana que representa el terapeuta. Ante este hecho, es importante recordarle el encuadre, haciendo énfasis en que no somos un amigo y que somos profesionales que formamos parte de un equipo multidisciplinario. Si la confusión entre amigo-profesional se cronifica, perjudicará el vínculo terapéutico y, sobre todo, deformará el proceso terapéutico.

## Fin de vinculación al programa

La finalización de la vinculación al programa dependerá de la evolución y voluntad de la persona tratada. No siendo favorable un final rápido ni brusco. Es decir, se irá realizando una desvinculación progresiva en

el tiempo y coordinándola con el resto de profesionales, también, en algunas ocasiones, con los familiares.

Durante todo el proceso de intervención el terapeuta ocupacional desarrolla una serie de funciones<sup>8</sup> como acompañante terapéutico:

1. **Contener a la persona**, delante de la ansiedad, los miedos y el malestar ante la ausencia de proyectos o actividades. El acompañante tendrá que “sostener” a la persona, conjuntamente con el equipo que esté tratando al paciente.
2. **Modelo de identificación**, es decir, mostrarle a la persona formas de hacer diferentes a las que ha utilizado hasta ahora; ofreciéndole herramientas más seguras para que pueda resolver situaciones conflictivas con él mismo y con los otros de modo que así pueda aprender una forma diferente de vincularse más higiénica, saludable y adaptativa.

*Mauer y Resnisky (1987) afirman que “El acompañante terapéutico, trabaja en un nivel dramáticovivencial, no interpretativo, muestra al paciente, in situ, las diferentes formas de actuar y reaccionar ante las vicisitudes de la vida cotidiana. Esto resulta altamente terapéutico. En primer lugar, porque rompe con los estereotípicos patrones de vinculación que condujo a la enfermedad. En segundo lugar, porque ayuda al paciente a aprender, a esperar y posponer y finalmente, porque ofrece la posibilidad de adquirir, por la identificación, los mecanismos de defensa más adaptables.”<sup>9</sup>*

---

<sup>8</sup> Pulice, G. *La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento. Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*. 1ª edición. Buenos Aires: Letra Viva; 2011.

<sup>9</sup> Mauer, S. K. & Resnisky, S. *Acomopanhamento terapéutico e Pacientes Psicóticos*. San Pablo: Papirus. pp40 (1987)

3. **Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente**, por tanto, captar, observar y percibir aquellas capacidades manifiestas y no manifiestas del paciente sobre las que podremos trabajar más adelante. Se potenciarán las áreas más organizadas de la persona para reestructurar una personalidad más sana.
4. **Prestar el Yo**, en los momentos o situaciones en las que el paciente no puede realizar autónoma o voluntariamente alguna tarea o función. En este caso el TO haría de *Yo auxiliar*, recordándole una visita médica, acompañándolo a la visita, supervisando la toma de medicación, acompañándolo a alguna salida lúdica, etc.
5. **Informar a otros profesionales para la comprensión global del paciente**, tanto a nivel de registro escrito de las visitas, como verbal a través de reuniones de equipo. Se tendrá que informar de los cambios significativos, del tipo de vínculos que el paciente mantiene con el entorno más inmediato, del proceso en general. Es de gran importancia el trabajo en equipo.
6. **Representar al equipo terapéutico**, el terapeuta no trabaja de una forma aislada, sino que está inserido en un equipo multidisciplinar.
7. **Agente resocializador**, facilitando el contacto con el mundo exterior y con las relaciones sociales.

Las funciones anteriormente citadas, comportan dar un soporte en el proceso de ex-

ternación y reinserción social por parte del acompañante terapéutico a la persona afectada por la enfermedad mental, favoreciendo y potenciando la salida de la cronicidad y ofreciendo herramientas para que pueda hacer frente a las situaciones de la vida diaria con autonomía, y favoreciendo su bienestar. Siempre teniendo en cuenta que este soporte será individualizado y ajustado a cada paciente, no se trata de aplicar una receta para todo el mundo igual o indicar al paciente lo que le va bien o mal, o lo que tiene que hacer o no.<sup>10</sup>

La persona con una enfermedad mental severa es una persona que mantiene competencias, que puede seguir aprendiendo, avanzando, creciendo y cambiando. Se respetarán los objetivos y deseos de los pacientes, hechos que determinarán la guía de la intervención que se hará con cada uno.

Para que todos estos aspectos se lleven a cabo un concepto fundamental es el vínculo que se construye entre persona-terapeuta. La relación terapéutica tendrá unas peculiaridades, evitando en todo momento el paternalismo.

Para no sucumbir al paternalismo y mantenerse en el rol profesional, el terapeuta ha de conocerse a sí mismo para poder utilizar adecuadamente dos fenómenos que se dan en toda relación terapéutica: la transferencia y la contratransferencia. La transferencia se da cuando la persona a la que atendemos representa delante del terapeuta un estilo de vinculación aprendido durante las primeras etapas de su vida. Es decir, reproduce

---

<sup>10</sup> Rossi GP. *El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental*. 2005. Disponible en: <http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientodoerapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf> (últimacces 30 de septiembre 2015).



una forma aprendida de vincularse con sus padres, repitiendo aspectos infantiles. Este hecho situará al terapeuta en el papel del padre o madre en la escena terapéutica, esperando la persona, que el terapeuta responda como lo hacía su padre o su madre, es decir, el terapeuta actuaría de forma complementaria. En este punto distinguiremos dos aspectos, si el terapeuta se da cuenta de que la persona está en transferencia con él y decide utilizar esta transferencia como herramienta de trabajo complementando a la persona (requiere de un dominio muy importante de la técnica) o si decide no complementarla no entrando en la escena que propone la persona.

O por contra, si el terapeuta no se da cuenta de que la persona está en transferencia, aparece el peligro de complementar de forma inconsciente y sin ninguna intención terapéutica. La cual cosa puede complicar la intervención y dificultar el cambio en la persona.

Por otro lado, la contratransferencia, hace referencia a todas aquellas reacciones que la persona despierta en el terapeuta. Para poder detectarlo es importante que el mismo terapeuta haya hecho un análisis personal, ya que si no es así no se dará cuenta de lo que le está sucediendo cuando atiende a algunas personas. Por ejemplo, son sensaciones y pensamientos que aparecen en la mente del terapeuta durante la intervención como: una persona que provoca rechazo, cansancio, agotamiento al escucharla, pena, culpa o, por el contrario, excesiva protección, excesiva permisividad, no poner límites, etc.

Es importante aprender a detectar estos dos fenómenos para que la intervención se mantenga al margen de confusiones personales, para que ningún contenido personal interfiera en la relación persona-terapeuta ocupacional. Se ha de tener en consideración que la persona, cuando está en transferencia, dirige sus actuaciones respecto a lo que representamos como profesionales y no al terapeuta como persona. Es básico tener este hecho en cuenta ya que de lo contrario el profesional puede sentirse en muchas ocasiones herido, cuestionado y, sobre todo, contrariado, hecho que influiría muy negativamente sobre la intervención terapéutica.

## El Vínculo

Freud, en 1913, al responder a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió *“Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros. La primera finalidad del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Por eso no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ser poco cuidadosos, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace”*<sup>11</sup>

Es por eso, que el proceso terapéutico más efectivo pasa por la calidad del vínculo que consiguen la persona y el terapeuta.

El vínculo o la alianza terapéutica es una manera de escuchar y de estar con la persona durante la intervención. Se ha de escuchar

---

<sup>11</sup> Freud, S. *Sobre la iniciación del Tratamiento Obras Completas, tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1913.

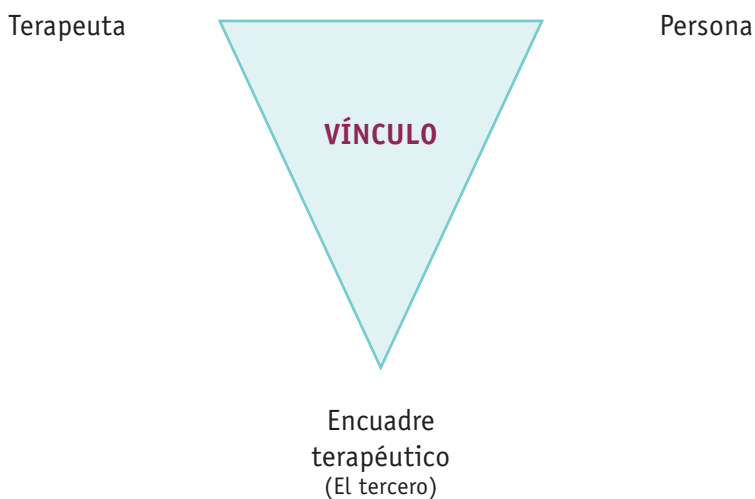
en el sentido más amplio de la palabra, no solo las palabras que dice sino cómo lo dice, qué dice corporalmente y en qué contexto lo dice. Es importante escuchar ampliamente ya que se debe comprender y aprehender de la persona, hecho que refuerza el vínculo terapéutico. Se ha de escuchar para entender cómo es la estructura de la persona y cómo se vincula con el terapeuta, con sus familiares y amigos. Cuando se comprende y recordamos los detalles de una conversación, se ha realizado una escucha correcta.

El vínculo terapéutico es una suma de actos del terapeuta, es escucha, es disponibi-

lidad, es flexibilidad, es saber poner límites, es no juzgar, es ser respetuoso, cálido y utilizar el sentido del humor. Pichon Riviere, “concibe al paciente y al terapeuta como si formaran una unidad dialéctica en la cual actúan uno sobre el otro”.<sup>12</sup>

Por otra parte, Pichon-Riviere también postula que el vínculo es una estructura triangular (tabla 4), es decir, siempre hay en juego un tercero, en este caso el encuadre terapéutico es el tercero. Según Bleger y Zac en un artículo de Zukerfeld “*el valor del encuadre como tercero en juego es garante de estabilidad y confidencialidad*”<sup>13</sup>.

Tabla 4



<sup>12</sup> Pichon-Riviere, E. *Introducción*. En: *Nueva Visión (ed.) Teoría del Vínculo*. Argentina: Nueva Visión, 1980. p. 11.

<sup>13</sup> Zukerfeld, R. *Alianza terapéutica, Conio psíquico y encuadre analítico*. *Aperturas psicoanalíticas Revista Internacional de Psicoanálisis*. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000150&a=Alianza-terapeutica-cconio-psiquico-y-encuadre-analitico> n°007 (último acceso 20 de septiembre 2015).

El encuadre junto con el vínculo terapéutico forma parte del día a día en el proceso de intervención y se convierte en un arte que se tiene que cuidar y esculpir minuciosamente.

## Conclusiones

Como conclusión, pensamos que el TO y el resto de profesionales de la salud mental tienen que velar por potenciar las competencias de la persona con una enfermedad mental. Dirigir el trabajo a fomentar su capacidad para tomar decisiones y que éstas se lleven a cabo.

El perfil profesional del TO se ajusta a las funciones del PSI, tiene una visión del ser humano como una totalidad y, dentro de esta visión, incluye la tarea en sí misma como parte esencial de la persona; hecho diferenciador de otros profesionales. Trabajamos en el entorno en sí mismo dónde la persona realiza la tarea, acompañándolo en su proceso de vinculación con el mundo y evitando la cronicidad.

Consideramos que el modelo teórico antes citado incluye toda la globalidad de la persona, favoreciendo una comprensión y análisis más profundo de ésta para intervenir de forma efectiva y profesional dentro de la complejidad y peculiaridades que nos encontramos en este tipo de programas de intervención comunitaria.

## Referencias bibliográficas

1. CONSELL ASSESOR SOBRE ASSISTÈNCIA PSIQUIÀTRICA Y SALUD MENTAL *Pla de serveis individualitzats (PSI). Quaderns de salut mental*. Barcelona. Edició: Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat y Seguretat Social. 2003 [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/quaderns\\_salut\\_mental/psi\\_cat.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/publicacions/quaderns_salut_mental/psi_cat.pdf) .(últimaccés 20 de septiembre 2015).
2. Rossi GP. El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental. 2005. Disponible en: [www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacomopanamientoylosdispositivosalternativosdeatencionensaludmental.pdf](http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacomopanamientoylosdispositivosalternativosdeatencionensaludmental.pdf) (último acceso 30 de septiembre 2015).
3. Roman, Begoña. Estret del apunts del Curs "Ètica y gestió de casos en salud mental". Unidad de formación del Parc sanitari Sant Joan de Dèu. 14,21,28 de Gener y 4 de febrero 2015.
4. Quintana, C. El "principalismo" y la bioética. BIOÉTICA desde ASTURIAS. 7 gener 2012 <http://www.bioeticadesdeasturias.com/2012/01/el-principalismo.html>(últimaccés 30 de septiembre 2015).
5. Julia Thompson M. D. Los principios de ética biomédica. CCAP 's.f' (15-33) [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_4/15-34.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf)(últimaccés 30 de septiembre 2015).

6. Beuchamp; Childress, J.F, T.L (1979). . New York: Oxford University Press pp. 227
7. Rossi GP. Acompañamiento terapéutico lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. 3ª ed. Buenos Aires: Polleamos; 2013.
8. Pulice, G. La función del acompañante terapéutico y su inclusión en la estrategia de un tratamiento. Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéutico. 1ª edición. Buenos Aires: Letra Viva; 2011.
9. Mauer, S. K. & Resnizky, S. Acompanhamento terapêutico e Pacientes Psicóticos. San Pablo: Papirus. pp40 (1987)
10. Rossi GP. El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en Salud Mental. 2005. Disponible en: <http://www.psicologia.umich.mx/downloads/UarichaWeb/Uaricha6/Elacompanamientodoerapeuticoylosdispositivosalternativosdeatencionalasaludmental.pdf>(últimacces 30 de septiembre 2015).
11. Freud, S. Sobre la iniciación del Tratamiento Obras Comopletas, tomo XII. Buenos Aires: Amorroutu Editores; 1913
12. Pichon-Riviere, E. Introducción. En: Nueva Visión (ed.) Teoría del Vínculo. Argentina: Nueva Visión, 1980. p. 11.
13. Zukerfeld, R. Alianza terapéutica, Cambio psíquico y encuadre analítico. Aperturas psicoanalíticas Revista Internacional de Psicoanálisis. <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000150&a=Alianza-terapeutica-cconio-psiquico-y-encuadre-analitico-nº007> (último acceso 20 de septiembre 2015).
14. Vainer, A. et all. Las Resistencias en el análisis. Topia. Marzo del 2008. <http://www.topia.com.ar/articulos/las-resistencias-en-el-an%C3%A1lisis> (último acceso 30 de septiembre 2015).
15. Pichon-Riviere, E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social(1) Buenos Aires: Nueva Visión; 2007

---

# ANÁLISIS DEL GRUPO TERAPÉUTICO DE FÚTBOL, COMO HERRAMIENTA DE EMPODERAMIENTO, DENTRO DE LA TRAYECTORIA DEPORTIVA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

---

## Genís Pascual Cutrona

Terapeuta Ocupacional del área de rehabilitación hospitalaria del Centro Asistencial de Salud Mental Benito Menni de SantBoi (Benito Menni CASM).

Genispas@gmail.com / gpascual.hbmenni@hospitalarias.es

## Resumen

Dentro las diversas unidades de hospitalización del Centro Asistencial Salud Mental (CASM) Benito Menni, desde el área de rehabilitación hospitalaria, se trabaja y se promueve la actividad de fútbol como parte implícita dentro de su programa de rehabilitación. Desde el modelo de recuperación y promovida por la visión del Terapeuta Ocupacional, esta actividad implica a la persona como parte activa y en primera persona en su proceso de rehabilitación. La actividad transversal comunitaria de fútbol abarca a un amplio perfil poblacional donde, indistintamente de su condición y situación, se orienta a que la persona aumente su capaci-

dad de vivir una vida satisfactoria según sus intereses, metas, objetivos y posibilidades, que le permita y que le ayude a trazar su proyecto de vida.

La actividad terapéutica de fútbol, en un periodo de ingreso de hospitalización permite descubrir o redescubrir un sentido positivo de sí mismo, aceptar y hacer frente a la realidad de cualquier dificultad o incapacidad permanente y encontrar significado a las propias experiencias.

**Palabras clave:** modelo de recuperación, empoderamiento, actividad futbolística, terapia ocupacional, unidad de hospitalización.

## Abstract

Within the various hospitalization units in Benito Menni CASM, the hospital rehabilitation area promotes soccer activity as an implicit part of its rehabilitation program. From the recovery model and promoted by the point of view of the Occupational Therapist, this activity involves patients to be an active part, and in the first person, of their rehabilitation process. The cross-sectional community soccer activity involves a broad population profile, where regardless of their condition and situation, the goal is to increase patients' ability to live a successful life according to their interests, goals, objectives and possibilities, which will allow them to trace their life project.

The therapeutic soccer activity, during a hospitalization period, allows patients to discover or rediscover a positive sense of themselves, accept and face difficulties or permanent disabilities and find the meaning of their own experiences.

**Key Words:** recovery model, empowerment, soccer activity, Occupational Therapy, hospitalization unit.

## 1. Introducción

El artículo que a continuación se presenta se basa en el análisis y la explicación de la actividad terapéutica del fútbol, como ejemplo y paradigma dentro del modelo de recuperación junto con la visión y la consonancia del enfoque de terapia ocupacional dentro de una unidad de hospitalización.

En primer lugar, se detallará brevemente a modo de contextualización el área de hospitalización en la que se interviene, a continuación se describirán los perfiles que se abarcan, y por último, de forma más detallada, se profundizará sobre el grupo de fútbol en base al modelo y cómo este revierte en los usuarios.

La unidad de rehabilitación hospitalaria del CASM Benito Menni consta de tres grandes unidades: 1) la unidad de hospitalización subagudos (USA) que dispone de 38 camas, con estancia media de 90 días; 2) la unidad de atención psiquiátrica especializada (UAPE) con capacidad de 20 camas, y una estancia variable en el tiempo, y 3) la unidad de hospitalización de media y larga estancia (MILLE), con una capacidad de 188 camas y una estancia máxima de 2 años.

La unidad de subagudos se centra en la atención de episodios de agudos de aquellas personas que sufren un trastorno mental severo (en adelante, TSM) que previamente han seguido un programa terapéutico y que en función del proceso y pronóstico necesitan una intervención terapéutica previsiblemente más larga que la de una unidad de agudos para continuar su abordaje rehabilitador antes de volver a su entorno habitual. El objetivo principal es alcanzar la remisión más completa posible de la sintomatología mediante tratamiento farmacológico, psicológico y rehabilitador para una mejor reincorporación social y familiar.

La unidad UAPE está físicamente en la misma dependencia que la de subagudos, pero separada por distintos módulos; su tiempo de estancia es más prolongado y se trabaja con una capacidad de intervención más especializada debido a que el perfil de pacientes tiene unas patologías con un elevado riesgo y frecuencia de comportamientos auto y heteroagresivos. Esta unidad de hospitalización especializada está orientada a la atención integral e intensa de procesos graves en los cuales se necesita organizar un plan global de atención estable a medio y largo plazo, con el objetivo último de alcanzar la rehabilitación comunitaria.

La estancia media es difícil de calcular en un servicio de estas características, aunque se trabaja con un horizonte de dos años aproximadamente para la reinserción, siendo este un plazo orientativo y que depende de las características de cada caso.

La unidad MILLE atiende aquellas personas que sufren un TMS que por sus características psicopatológicas y su deterioro socio-familiar no pueden vivir en la comunidad eficazmente, una vez agotadas las alternativas de atención ambulatoria y de hospitalización de corta estancia. El principal objetivo es ofrecer un tratamiento integral basado en promover y favorecer al máximo el mantenimiento de competencias y habilidades, así como la mejora del funcionamiento psicosocial y desarrollo autónomo, ya que en algunos casos el objetivo final será la reinserción al medio comunitario, ya sea en pisos asistidos, residencias, o el retorno al domicilio familiar.

A continuación se detallan los perfiles poblacionales y la tipología de pacientes:

⇒ Perfil SUBAGUDO: pacientes mayores de 18 años afectados de un TMS; diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizoforme, trastorno delirante, tras-

torno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión mayor, ansiedad con agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de personalidad esquizotípico y/o límite, que también presentan patologías duales, comorbilidad clínica grave y/o desadaptación social y familiar, y/o desgaste de recursos comunitarios y hospitalarios.

⇒ Perfil UAPE: pacientes mayores de 18 años de edad, con gravedad clínica y conductual, no necesariamente diagnosticados de TMS, que presentan conductas auto/heteroagresivas, cuentan con escasa o nula contención familiar o recursos asistenciales, estando la gran mayoría incapacitados legalmente, negadores de su condición y de la idoneidad de una tutela.

⇒ Perfil MILLE: Contamos con dos subperfiles diferenciados, el de dependencia moderada y el de alta dependencia psiquiátrica. Ambos perfiles incluyen un diagnóstico TMS, generalmente esquizofrenia con comorbilidad asociada (consumo de tóxicos, sintomatología somática importante, etc.), insuficiente conciencia de enfermedad, incumplimiento del tratamiento farmacológico, escasa participación en los programas de rehabilitación comunitaria, sintomatología positiva, niveles bajos de autocuidado y autonomía, y con claudicación familiar o apoyo prácticamente inexistente.

Asimismo, debido a que es la unidad de mayor tiempo de estancia, también contamos con pacientes con medidas penales alternativas, habitualmente por haber perpetrado algún delito menor o mayor, y cuyos ingresos son de naturaleza involuntaria por orden judicial.

Los criterios de exclusión de la unidad de rehabilitación hospitalaria son: demencias,

retraso mental como diagnóstico principal, mayores de 65 años, ludopatías y drogodependencias como diagnóstico principal y el trastorno antisocial de la personalidad.

Cada unidad y servicio tiene su programa de rehabilitación específico con sus objetivos y planes de intervención, pero entrar en los detalles de cada uno de ellos se aleja del propósito de este artículo.

## 2. Enfoque de la ocupación desde Terapia Ocupacional

Una vez descrito el servicio, nos centramos en el rol, la visión y el método terapéutico que debemos tener los terapeutas ocupacionales en este perfil poblacional.

Como sostiene del Amo et al. (1) “el modelo de recuperación entendido por la terapia ocupacional (TO en adelante), requiere de un proceso de toma de decisiones compartidas que sea centrado en la persona y que esté dirigido a esta. La aplicación óptima del modelo de recuperación en la salud mental requiere de un trabajo interdisciplinar en el que se establecen varias vías de intervención. En el caso de los terapeutas ocupacionales, la vía principal es la ocupación de la persona (considerando la ocupación como fin, y la actividad y el asesoramiento ocupacional como herramientas de intervención)”.

Por ello, los terapeutas ocupacionales trabajamos en colaboración con personas, grupos, entidades, organizaciones en la comunidad y con la comunidad, para promover el sentido de esperanza, el empoderamiento y propiciar el cambio, la adaptación al entorno y la integración comunitaria.

La ocupación de una persona, según Moruno et al (2) “puede constituir un vehículo o forma de dar sentido y significado a la existencia, influyendo, por tanto, en el

bienestar psicológico. [...] Así, las ocupaciones en las que se implica el sujeto le permiten la expresión individual, favorecen el desarrollo de vínculos sociales y culturales, contribuyen a la construcción de su identidad y posibilitan que se sienta partícipe de la sociedad, mediando en su bienestar psicológico, y por ende, en su salud individual.”

La ocupación puede emplearse como un método para la promoción y preservación de la salud. Otros autores como Wilcock (3) en su texto *An occupational Perspective of Health*, afirma que el bienestar psicológico y social está vinculado con la capacidad del ser humano de desarrollar ocupaciones socialmente aceptadas. Desde el punto de vista individual, la realización de actividades de automantenimiento, productividad, educativas, lúdicas y /o de ocio, permite a la persona participar como miembro activo de su comunidad y contribuye a su entorno social y cultural.

El enfoque de recuperación, o *recovery model* (4), encaja con la apuesta de terapia ocupacional por la elección propia de la persona, ya que “apuesta por poner a la persona diagnosticada de un problema de salud mental como verdadera protagonista, en primera persona de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. Se orienta a que la persona aumente su capacidad de vivir una vida satisfactoria según sus intereses, metas objetivos y posibilidades [...]. Se trata de un proceso continuo. Recuperar el control activo de su propia vida (esto puede implicar descubrir o redescubrir un sentido positivo de sí mismo, aceptar y hacer frente a la realidad de cualquier dificultad o incapacidad permanente, encontrar significado a las propias experiencias)”.

La perspectiva de nuestra profesión está muy ligada al modelo actual de recupera-



ción, dado que desde TO se orienta y acompaña a la persona durante todo su proceso de descubrimiento o re-descubrimiento, con la práctica diaria centrada en la persona, dotando de sentido su identidad personal. Se trata de valorar las capacidades y competencias, mediante la actividad con propósito/significado para incrementar la autoestima, la autodeterminación, apoderamiento, la esperanza y el desarrollo personal, así como la construcción de roles significativos y la inclusión social en cualquier proyecto emancipador y de recuperación.

Las líneas centrales de los tratamientos de TO en salud mental entran en clara consonancia con el paradigma de recuperación y el empoderamiento:

1. Conseguir que la persona retome el sentimiento del control interno sobre su vida a través del fomento de su Identidad Ocupacional.
2. Fomentar que se implique en su proceso de rehabilitación, evaluación y en establecimiento de los objetivos individualizados
3. Potenciar la adquisición de estrategias que le permitan reconstruir su propia vida de manera satisfactoria y ajustada a su situación real.

Tal y como hemos comentado anteriormente, en el modelo de recuperación, siguiendo a Shepherd et al (5), se necesita construir un proyecto de vida con sentido y un proceso de inclusión social y redescubrir tu propia identidad.

Cuando valoramos e indagamos en las historias de vida de los pacientes y vemos que en algunos de ellos era o es muy significativo o importante hacer deporte o cualquier actividad física, siempre promovemos y fomentamos que reactive su trayectoria deportiva con actividades terapéuticas de interés, y una de estas alternativas deportivas es el

grupo terapéutico del fútbol, una apuesta terapéutica entendida como vehículo y herramienta de recuperación.

La actividad de fútbol es una actividad transversal comunitaria que abarca actualmente todos los perfiles poblacionales ya comentados, junto con usuarios del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) y pisos terapéuticos provenientes del Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) de Sant Boi.

- La actividad permite formar parte de un equipo, fomenta sentimiento de grupo y pertenencia del mismo.
- Promueve la auto percepción, la persona como elemento protagonista dentro de un colectivo.
- Permite trabajar un sinfín de aspectos físicos, sociales, relaciones y conductuales.

En el grupo se trabajan múltiples objetivos, tales como la inclusión social, valores como la deportividad por encima de la competitividad, la cohesión grupal, la adecuación social, y el juego colectivo. Asimismo, el grupo promueve el redescubrimiento de motivaciones personales, el entreno y reenreno tanto de actividades de la vida diaria básicas (AVDB) tales como la ducha y la higiene personal, como las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), que incluyen el manejo del dinero, la planificación de salidas, el manejo del transporte público, la resolución de problemas en distintas situaciones cotidianas. Todo ello en un entorno que facilita el trabajo de áreas como el control de impulsos, la tolerancia a la frustración y el manejo/gestión de las emociones, entre otros muchos.

Dentro de la propia actividad, se realiza una liga intercentros de varios dispositivos y servicios de la red de salud mental de las provincias de Barcelona y municipios de su alrededor, para realizar el deporte y la com-

petición como una herramienta más, dentro de su proceso de rehabilitación e inserción en la comunidad.

Los centros que participan en actualmente son: Centre de Dia Bagès, SRC Cornellà, SRC Arep SRC Martí Julia, SRC Del CST de Terrassa, SRC Cerdanyola, SRC 3 Turons, SRC Osonament Club Pi molist / Martinency SRC / hospital Benito MenniSantBoi.

Sabemos de antemano que la práctica del fútbol como herramienta terapéutica no es algo nuevo. Muchas entidades, SRCs, o clubes sociales lo ejercen desde hace muchos años como parte de sus programas, pero en la liga de la que formamos parte somos el único dispositivo que aporta un equipo de fútbol compuesto en su totalidad por pacientes hospitalizados. Es en este contexto donde se han observado y valorado “ciertos hándicaps” o factores a contrarrestar, donde el rol del terapeuta ocupacional es fundamental para que la actividad tenga éxito y eficacia terapéutica.

### 3. Aspectos logísticos de la actividad

Para que una actividad sea considerada como instrumento rehabilitador según dice Carol J. Simon (6) “se deben analizar primero las partes componentes de la actividad, así como los procesos y los pasos para complementarla”.

La actividad de fútbol presenta una serie de desafíos organizativos, que si no incidimos correctamente en cada uno de ellos, la actividad y los objetivos de la misma, se pueden desvirtuar fácilmente y podríamos errar en praxis rehabilitadora. Estos aspectos organizativos son: 1) la coordinación y la gestión entre equipos y dispositivos asistenciales, 2) la concienciación de la

heterogeneidad de población, 3) la gestión económica, y 4) las gestiones y trámites administrativos. A continuación nos detendremos en cada uno de ellos.

**3.1** A nivel organizativo, por el simple hecho de abarcar tres unidades distintas, físicamente separadas y con sus respectivas dinámicas de trabajo, es importantísimo y primordial conseguir una gran coordinación y trabajo multidisciplinar para que sea posible vincular y enlazar pacientes a esta actividad comunitaria.

Por una parte hay que trazar objetivos individualizados definidos para cada usuario consensuado con él y con su equipo terapéutico referente reflejándolo en su Plan Terapéutico Individualizado (PTI). Luego efectuamos la transmisión de información a los correspondientes equipos de enfermería para coordinar toda la gestión y preparación de la salida. Esto conlleva el trabajo y el apoyo de los enfermeros/as y de los auxiliares para que el usuario pueda integrar y aprender sus rutinas y tareas tales como la preparación de los enseres personales, la planificación del tiempo para la ducha e higiene personal y la preparación y administración de la medicación.

**3.2** Existe una complejidad de grupo, ya que si tenemos en cuenta el perfil poblacional, y al ser una actividad transversal, se abarcan todos los perfiles ya comentados anteriormente, lo que supone para el TO un mayor reto en adaptabilidad, una focalización de objetivos muy marcados e individualizados en cada participante, y una determinación muy específica de las normas grupales.

**3.3** A nivel de gestión económica, para algunas de las salidas, el paciente debe ges-

tionarse su propio dinero y gasto de transporte, dependiendo del perfil, algunos son autónomos pero otros están tutelados por fundaciones y se necesita una cooperación con sus trabajadores/as sociales y/o con sus respectivas fundaciones tutelares.

**3.4** A nivel de gestiones y trámites administrativos se ha de tener presente que las personas con una medida penal alternativa participantes en el grupo requieren de una previsión de tiempo mayor (de 3 a 6 meses) y una gestión administrativa más detallada. Si la persona va cumpliendo con su programa de rehabilitación, si se mantiene estable y va logrando paulatinamente sus objetivos iniciales, si no se ha producido ninguna incidencia en su estancia en el hospital, se solicita al juzgado mediante la psicóloga referente los permisos correspondientes para que puedan optar a salir y formar parte del grupo.

## 4. A nivel de juego

Efectuar la práctica del fútbol, implica la concatenación de múltiples destrezas y habilidades tanto perceptivas, como motoras, sociales, y cognitivas para poderla realizar con éxito. Dichas destrezas en este perfil de pacientes suelen estar mermadas. A lo largo del trascurso de los años y de las temporadas disputadas hemos podido observar ciertos aspectos relevantes:

Muchas veces, debido al momento en el cual se encuentra la persona (periodo de hospitalización), se evidencia una diferencia importante entre el perfil mayoritario de la liga de usuarios de servicios comunitarios al perfil de hospitalización.

En el perfil subgrupo, al estar en una fase más inestable psicopatológicamente de la

enfermedad, es preciso un mayor reajuste farmacológico. Esta carga farmacológica del tratamiento en la mayoría de los casos interfiere y dificulta la ejecución y la práctica de los entrenamientos y los partidos. Sobre todo influye en sus capacidades físicas y/o cognitivas. En el perfil MILLE, con largo recorrido psiquiátrico, se observa un deterioro del funcionamiento global a nivel de capacidades físicas, motoras y cognitivas. Por último, en cuanto al perfil UAPE, se reúnen múltiples factores tanto por el reajuste farmacológico como por sus rasgos caracteriales y dificultades de adaptación social.

En el desarrollo del juego, en múltiples ocasiones podemos observar movimientos más en bloque, tiempo de reacción más enlentecido, funciones ejecutivas más deterioradas; a nivel físico muestran menor tolerancia a la resistencia física y su capacidad de procesamiento de la información suele estar más enlentecida.

Así bien, es muy difícil que el grupo se consolide y mantenga una regularidad constante de sus participantes durante toda la liga. Hay muchos factores que influyen, algunos de ellos son: Descompensaciones, trasgresiones de normas en la unidad, especialmente los pacientes en la unidad UAPE, consumo de tóxicos y la consecuente regresión a la participación de programas comunitarios, consecución de nuevos objetivos como la vinculación a programas pre-laborales, cursos normalizados incompatibles con los horarios del grupo deportivo, altas médicas, etc.

Aunque hemos comenzado describiendo las desventajas a las que se enfrentan nuestros pacientes en la actividad de fútbol, no todo son hándicaps, ya que existen muchos aspectos positivos a tener en cuenta, a valorar, como una herramienta muy poderosa de rehabilitación y empoderamiento personal.

- Un inicio o vinculación temprana a la actividad, aún estando en un estado de ánimo bajo o decaído por el periodo de ingreso o reingreso puede ayudar generar nuevos retos, nuevas motivaciones, esperanza, actitud para el cambio y, al mismo tiempo, promover y favorecer una reincorporación más rápida en la comunidad.
- Se deposita confianza para que él mismo demuestre compromiso, responsabilidad, obligaciones.
- Se inician nuevos lazos y relaciones sociales positivas.
- Se potencia el vínculo y la alianza terapéutica para trabajar y plantear otros objetivos.
- Se encamina y se traza el proyecto de vida.

## 5. Indicadores y datos relevantes

En cuanto a la consecución de objetivos de la actividad hemos recogido datos significativos y relevantes de las personas que participan activamente en ella. Se ha contabilizado y recabado múltiples referencias en los últimos cinco años mediante encuestas de satisfacción donde los usuarios registran y puntúan sus beneficios personales respecto a la actividad terapéutica de fútbol. Esta encuesta hace hincapié en los siguientes parámetros: 1) Nivel del interés personal, 2) valoración de la frecuencia y duración de las sesiones, 3) valoración de entrenamientos, 4) valoración de condiciones de materiales y espacios, 5) valoración del responsable, 6) satisfacción global a nivel de expectativas.

Todos estos parámetros han contribuido a tener unos valores cuantitativos de la actividad y de la utilidad percibida tanto individual como grupalmente y nos ha permitido cuantificar de alguna manera la eficacia de

la actividad y la importancia que le atribuyen los usuarios.

Otros indicadores de éxito es la derivación de los participantes a otros servicios, como clubes sociales de la zona (club social Marianao, club social de Hospitalet, SRC de zona, cuyos respectivos servicios también disponen de equipo de fútbol y otras alternativas deportivas) y también a otras entidades deportivas normalizadas.

Se han generado nuevos agentes activos, rol de paciente experto, cuya figura se convierte en nuevo promotor y generador para nuevas vinculaciones.

Se han logrado instaurar hábitos saludables de actividad física y deporte que pueden extrapolarse a otros entornos. A nivel grupal, se generan nuevas oportunidades promovidas por ellos mismo atendiendo a sus necesidades, intereses e inquietudes personales con salidas de ocio al Camp Nou, organización de comidas de final de temporada, realización de otros torneos, y participación en otros eventos deportivos por iniciativas propias.

Con todos estos puntos queremos reflejar que indistintamente del momento o la complejidad de la enfermedad que pueda presentar la persona, si se le ofrece una ocupación con sentido para el individuo, y se potencia su motivación personal, él mismo puede convertirse en su propio agente para el cambio.

Da igual cómo se llame el motivo, fútbol, música, literatura, arte o pintura... todo puede favorecer a la recuperación de uno mismo.

## 6. Conclusiones

A lo largo de este artículo hemos mostrado que el enfoque, el trabajo y la visión del terapeuta ocupacional es fundamental e indispensable en el modelo de recuperación de pacientes con perfil complejo, como lo son los usuarios de las unidades de rehabilitación del Benito Menni CASM, y demuestra que las actividades dirigidas y creadas por este perfil profesional pueden llegar a generar y crear grandes instrumentos rehabilitadores que ayuden a construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.

## Referencias y bibliografía

1. Del Amo M, Arenas J, Cabañero M<sup>a</sup>B, Copado B, Chacón N, Díaz C, et al. Libro blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental de Castilla la Mancha COFTO-CLM 2018 (pag12)
2. Moruno P, Talavera MA. Terapia ocupacional en salud mental. Elsevier Masson 2012 (pag 35)
3. Wilcock A. An Occupational Perspective Health. 1 ed. New Jersey: SLACK Inc; 1998
4. 1 de cada 4. Estrategia andaluza contra el estigma en salud mental. [Internet] 2019[citado el 29 de noviembre 2019] Recuperado a partir de: <https://www.1decada4.es/course/view.php?id=20>
5. Shepherd G, Boardman J, Slade M. Making Recovery A reality. London: Sainsbury Centre For mental Health, 2008 (Traducción al castellano en: Hacer de la recuperación una realidad. Sevilla: Servicio Andaluz de la salud, 2008).
6. Simon, C.J. Uso de la actividad y análisis de la actividad. En Helen L.Hopkins y Helen D. Smith.Willard/Spackman Terapia Ocupacional.8<sup>a</sup> ed. Madrid; Editorial Médico Panamericana, S.A; 1998.p 281-292.



---

# LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL COMUNITARIA EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO Y SUS FAMILIAS

---

## Marco Antonio Raya-Ruiz

Terapeuta ocupacional comunitario  
Hospital de neurorrehabilitación Institut Guttmann (Badalona)  
maraya@guttmann.com

## Beatriz Castaño-Monsalve

Neuropsiquiatra  
Hospital de neurorrehabilitación Institut Guttmann (Badalona)  
bcastano@guttmann.com

## Resumen

El daño cerebral adquirido ocasiona frecuentemente dificultades físicas, cognitivas y sociales que generan privación ocupacional. Un gran número de personas afectadas manifiestan alteraciones conductuales y emocionales, ya sea a causa de trastornos mentales previos, del manejo de la situación o por la aparición de un trastorno neurocognitivo posterior u otros asociados. Desde el equipo EASE del Institut Guttmann, se implementa un programa de intervención domiciliaria, con una perspectiva comunitaria en salud mental y daño cerebral adquirido, con el objetivo de favorecer la mejora de la calidad de vida y de la participación ocupacional de las personas con daño cerebral adquirido y sus familias.

**Palabras clave:** salud mental, daño cerebral adquirido, terapia ocupacional, neuropsiquiatría, salud comunitaria.

## Abstract

Acquired brain injury often causes physical, cognitive and social difficulties that lead to occupational deprivation. A great number of affected people show behavioral and emotional disorders, either because of previous psychiatric problems, coping with the situation, or because of the appearance of a later neurocognitive disorder or other associates. From the Institut Guttmann's EASE team, a program of home intervention is developed, with a community perspective in mental health and acquired brain injury. The aim is the improvement of the quality of life and occupational participation of people with acquired brain injury and their families.

**Key Words:** mental health, acquired brain injury, occupational therapy, neuropsychiatry, community health.

## Introducción

### Daño cerebral adquirido, salud mental y salud comunitaria

El daño cerebral adquirido (en adelante, DCA) se define como una lesión del cerebro posterior al nacimiento, resultado de una causa traumática por fuerza externa (como en el caso del traumatismo craneoencefálico) o por causa médica (ictus, anoxia, tumores cerebrales, encefalitis, etc.) (1). Las secuelas del DCA abarcan áreas motoras, cognitivas, sensoriales, emocionales y conductuales, que afectan a la participación ocupacional, las relaciones sociales y la calidad de vida (2,3). Por otro lado, la prevalencia de trastorno psiquiátrico asociado —previo o posterior al DCA— es significativamente alta, lo que coloca a las personas que son sujeto de ambas circunstancias en una posición de alto riesgo de exclusión, tanto social como ocupacional (4–6).

Esta exclusión se traduce en lo que la terapia ocupacional denomina *alienación y privación ocupacionales*. La alienación ocupacional plantea la imposibilidad de experimentar ocupaciones significativas, mientras que la privación ocupacional se refiere a la imposibilidad del desarrollo del potencial de la participación en ocupaciones necesarias y/o significativas para la inclusión social o el mantenimiento de la salud, debido a factores externos a la persona (7).

Como se puede presuponer, esta situación tiene consecuencias en el ámbito de la salud mental, ya que a la posibilidad de diagnóstico de trastorno neurocognitivo posterior al DCA y otros trastornos que la persona pudiese presentar previamente, se ha de añadir la suma de consecuencias emocionales, anímicas y subjetivas que la supervivencia y

posterior vida en comunidad produce, tanto para la persona como para la familia. Hablamos, pues, de pérdida de identidad, roles y ocupaciones significativas, pero también de suspensión de la independencia, autonomía y, por descontado, procesos de duelo complejos (4,8,9).

Asimismo, en la etapa posterior al ingreso hospitalario, las familias de las personas con DCA remiten una acusada falta de soporte apropiado a sus necesidades. Esta desatención del sistema sociosanitario conlleva la pérdida total o parcial del potencial de la familia como garante de una continuidad de cuidados adecuada y equilibrada (10). De esta manera, urge un mejor asesoramiento sobre las consecuencias del DCA y los déficits asociados, una adecuada definición de las intervenciones llevadas a cabo, una visión centrada en la persona y un enfoque de participación de todo el sistema familiar, junto con la implicación de los profesionales sociales y sanitarios referentes (10,11).

Con este propósito, y a partir de la experiencia recogida en los programas comunitarios del equipo EASE del Institut Guttmann, se lleva a cabo el *Programa de terapia ocupacional comunitaria en salud mental para personas con DCA y sus familias*. En él, se apuesta por una perspectiva de salud comunitaria en la intervención para la continuidad de la asistencia en DCA y salud mental. Desde este paradigma, en absoluta consonancia con las bases de la terapia ocupacional, se trata de comprender condiciones y contexto de la persona, no sólo las cuestiones fisiológicas, de manera que la persona pueda ejercer un mayor control sobre la propia vida y la participación ocupacional en comunidad (6,12).



## Descripción del dispositivo

El EASE, Equipo de Evaluación y Soporte Especializado en Neurorrehabilitación del Institut Guttmann, es un recurso sociosanitario y multidisciplinar que proporciona soporte a los pacientes atendidos y sus familias en el proceso de reintegración social y comunitaria.

Tras 20 años de experiencia, el equipo desarrolla su función mediante acciones específicas y programas de intervención. Algunos ejemplos de estas actuaciones son las valoraciones preingreso y domiciliarias, la formación a profesionales de la red asistencial o la valoración y seguimiento de úlceras por presión, entre otras. A nivel comunitario, participa de programas en colaboración con otras entidades, como la Unidad Multidisciplinar de Motoneurona, y posee programas propios desarrollados por el área de terapia ocupacional.

El *Programa de terapia ocupacional comunitaria en salud mental para personas con DCA y sus familias*, que cuenta con la financiación del Departament Català de Salut de la Generalitat de Catalunya, se inició a finales de 2017, y tras una fase piloto en el transcurso de 2018, en la actualidad se implementa desde terapia ocupacional comunitaria y neuropsiquiatría. Además, cuenta con la colaboración de otras figuras profesionales del EASE como trabajo social sanitario, enfermería y neurología, junto con el apoyo puntual de diferentes áreas, tanto sociales como sanitarias, del Institut Guttmann.

## Objetivos

El objetivo principal del programa es la mejora de la calidad de vida y de la participación ocupacional de las personas con DCA y sus familias.

Desde una perspectiva de terapia ocupacional, consideramos fundamental la participación en actividades significativas para la persona (relacionadas con sus valores e intereses y, por tanto, elegidas por ella misma), adaptadas a sus capacidades (lo que se denomina desempeño ocupacional) y congruentes con su entorno físico, social, económico y cultural.

La participación ocupacional plena solo es posible cuando la persona se encuentra en un equilibrio entre lo que quiere hacer, lo que cree que tiene que hacer y lo que realmente puede hacer. Para lograrlo, la persona tiene que poder encontrarse en un estado de salud mental que facilite la toma de decisiones, que fomente la independencia y la autonomía y que permita a la persona tomar, en la medida de lo posible, control sobre su propia vida (6,13).

Así, es crucial facilitar los siguientes objetivos secundarios:

- Que la persona pueda llevar a cabo los roles que tanto ella como su entorno consideran importantes (por ejemplo, el rol materno, paterno, de trabajador/a, de estudiante, etc.).
- Que la persona pueda estructurar su día a día en hábitos y rutinas significativos.
- Que la persona pueda llevar a cabo un trabajo sobre la vivencia del propio cuerpo (lo que se conoce como cuerpo vivido), la comprensión de los déficits y la valoración de las fortalezas presentes.
- Favorecer la optimización y accesibilidad del entorno:

- Entorno físico: como las posibles adaptaciones domiciliarias para reducir riesgos o facilitar la funcionalidad.
- Entorno social: como las relaciones de amistad y/o familiares, pero también teniendo en cuenta la necesidad de difusión social de la problemática del DCA y su relación con la salud mental, desconocida en el corpus de conocimiento habitual.
- Entorno comunitario: un área que abarca desde el acceso a actividades adaptadas a las necesidades y demanda de la persona, a la continuidad asistencial adecuada.

## Método

### Población diana

En el momento actual, el programa atiende a población adulta (18-75 años) residentes en la totalidad del territorio catalán, que, después de un DCA, encuentran dificultades en la participación ocupacional y el desempeño diario a causa de una o más de las siguientes situaciones:

- Tener diagnosticado un trastorno psiquiátrico (trastorno neurocognitivo secundario u otros diagnósticos propios del DSM-V).
- Tener dificultades susceptibles de soporte terapéutico en relación con una o más de las siguientes dimensiones (evaluado desde informe de derivación):
  - Sintomatología conductual/emocional relacionada con déficits asociados al DCA y/o trastorno psiquiátrico.
  - Malestar mental atribuible a la situación vital posterior al DCA.
  - Ideas autolíticas.
  - Adicciones.

## Derivación y selección de candidatos

Las solicitudes de inclusión en el programa proceden de dos vías principales: pacientes atendidos en el Hospital Institut Guttmann y pacientes que proceden de cualquier dispositivo de la red pública socio-sanitaria y cuyos referentes (psiquiatra, médico de cabecera) realizan la derivación pertinente. Posterior a esta solicitud, se revisan los informes de manera conjunta entre neuropsiquiatría y terapia ocupacional, con el objetivo de realizar un cribaje de idoneidad según criterios de inclusión/exclusión y planificar una sesión inicial de valoración.

## Intervenciones

Las sesiones comunitarias son implementadas por un terapeuta ocupacional en el domicilio habitual en una fase posterior al ingreso hospitalario o ambulatorio. Además del domicilio, el diseño del programa contempla la posibilidad de realizar la intervención en el entorno comunitario, según objetivos consensuados con la persona.

Además de las sesiones presenciales, se plantean sesiones de seguimiento y/o de intervención telemáticas. Estas pueden ser tanto sincrónicas (llamadas telefónicas y/o videollamadas) como asincrónicas (email, vídeos explicativos, mensajes de texto).

La duración media de las sesiones presenciales suele ser de 60 minutos, mientras que las telemáticas suelen ser de 30 minutos. La duración máxima del programa es de un año, con una media de 12-14 sesiones de intervención (presenciales/telemáticas) en su modalidad extensa o de 4-5 para la breve.

Se plantean seis ejes de intervención, definidas como actuaciones principales que se llevan a cabo mediante sesiones domiciliarias de terapia ocupacional comunitaria, complementadas por la intervención desde neuropsiquiatría en la consulta externa del hospital:

1. **Asesoramiento, educación y prevención en salud mental y daño cerebral adquirido:** tanto a pacientes como cuidadores y referentes (profesionales o no profesionales).
2. **Autonomía, calidad de vida y bienestar personal:** desarrollo de las posibilidades de participación ocupacional en actividades y roles significativos, facilitar y optimizar los procesos volitivos preservados, mejora y/o mantenimiento de componentes del desempeño, apoyo emocional a la reconstrucción de la identidad ocupacional, adecuación del entorno físico y social para favorecer la participación (y optimizar los procesos de cuidado).
3. **Participación comunitaria:** acompañar, informar y asesorar al paciente en el establecimiento de vínculos con los recursos comunitarios en su entorno, para lograr una mejor integración en la comunidad.
4. **Conexión de recursos:** favorecer la vinculación del paciente con su centro de salud mental de referencia y/o centro de atención y seguimiento a las drogodependencias, tanto si se trata de una problemática previa como de un caso nuevo, con tal de garantizar una atención continuada. Al finalizar la intervención se pretende que el vínculo con los recursos adecuados esté realizado y sea efectivo. Asimismo, también se proporciona soporte a dispositivos de atención primaria, agentes comunitarios, y profesiona-

les de atención sociosanitaria del ámbito privado.

5. **Apoyo a las familias:** su objetivo es reducir la sobrecarga y facilitar un entorno que favorezca la participación ocupacional. También se trata de aprovechar el espacio propio del domicilio para construir un espacio de comunicación y expresión entre paciente y familia. Por otro lado, dentro de las instalaciones del Institut Guttmann, se generan lugares de encuentro entre familiares, favoreciendo el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre iguales.
6. **Abordaje psiquiátrico de los problemas conductuales y emocionales:** desde neuropsiquiatría, y a través de la consulta externa, se realiza una intervención tanto psicoeducativa como farmacológica para minimizar la interferencia de los déficits y sintomatología en el desempeño diario.

Según perfil y objetivos, la persona se vincula al programa en su modalidad breve (intervención focalizada principalmente en los ejes 1. 3. 4 y 6) o extensa (intervención que cubre todos los ejes).

Durante el proceso se realizan valoraciones de variables de resultado como la calidad de vida, la participación en actividades significativas, el equilibrio ocupacional, la satisfacción con el desempeño ocupacional, la participación en roles, la integración comunitaria o la sobrecarga del familiar, mediante escalas estandarizadas como la WHO-QoL-Bref, la medida canadiense COPM, el Role Checklist V3 o Zarit, entre otros. Además, se ha elaborado una evaluación cuantitativa y cualitativa propia de satisfacción con la intervención, tanto para pacientes, como para familiares.

## Conclusiones. Presente y futuro del programa.

Durante 2019, se han realizado un total de 220 intervenciones domiciliarias y más de 115 intervenciones relacionadas con los casos atendidos (coordinaciones con profesionales, visitas conjuntas neuropsiquiatría-TO, coordinaciones telefónicas, etc.). La experiencia y los recursos de la red asistencial evidencian que el número de personas que pueden beneficiarse de este tipo de servicios es significativamente mayor, de manera que aún hay mucho por hacer. Como recurso, el Programa de terapia ocupacional comunitaria en salud mental para personas con DCA y sus familias es un dispositivo joven y de capacidad de alcance limitada, pero esperamos crecer y aportar un beneficio directo a las personas y sus familias, centrado en sus necesidades e interseccional, considerando las peculiaridades culturales, sociales y de género.

Por otro lado, durante 2020, y gracias a la implementación de la intervención telemática, se han mantenido los procesos iniciados previos a la pandemia de la COVID-19, de manera que, en las ocasiones que no ha sido posible realizar la intervención presencial, se ha dado cobertura suficiente realizando una alternancia de seguimientos en intervenciones mediante videollamada, mensajes de texto y llamada telefónica.

Nos queda por delante un reto en la coordinación y provisión de servicios adecuados a las necesidades de la complejidad del DCA. El escenario de supervivencia, cada vez más extenso, exige garantizar la continuidad asistencial de manera que se cubra el amplio espectro de consecuencias posteriores a la fase de hospitalización. En este sentido es perentorio continuar trabajando por la cola-

boración sectorial, especialmente en lo que se refiere a la vinculación de la persona con DCA a dispositivos especializados de la red de salud mental.

Lo que se pretende, en consonancia con la misión principal del Institut Guttmann, es poner todo nuestro esfuerzo en facilitar que las personas con DCA y sus familias puedan continuar adelante, aprovechando sus propias fortalezas y las de su comunidad, apostando por una red de cuidados basada en la participación plena y la optimización de recursos, tanto sociales como personales.

Dicho de otro modo, facilitar el acceso a una vida significativa, autónoma, disfrutada en compañía de los otros y, sobre todo, vida con dignidad.

## Referencias

1. Dams-O'Connor K, Landau A, Hoffman J, St De Lore J. Patient perspectives on quality and access to healthcare after brain injury. *Brain Inj.* 1 de febrero de 2018;32:1-11.
2. Bazarian J, Cernak I, Noble-Haesuslein L, Potolicchio S, Temkin N. Long-term Neurologic Outcomes After Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1 de noviembre de 2009;24:439-51.
3. Whitnall L, Mcmillan T, D Murray G, Teasdale G. Disability in young people and adults after head injury: 5-7 Year follow up of a prospective cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1 de junio de 2006;77:640-5.
4. Cocks E, Bulsara C, O'Callaghan A, Netto J, Boaden R. Exploring the experiences of people with the dual diagnosis of

- acquired brain injury and mental illness. *Brain Inj.* abril de 2014;28(4):414-21.
5. Orlovska S, Pedersen MS, Benros ME, Mortensen PB, Agerbo E, Nordentoft M. Head injury as risk factor for psychiatric disorders: a nationwide register-based follow-up study of 113,906 persons with head injury. *Am J Psychiatry.* abril de 2014;171(4):463-9.
  6. Kielhofner G. *Modelo de Ocupación Humana: Teoría y aplicación*. 4a. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana; 2011.
  7. Townsend E, A. Wilcock A. Occupational Justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. *Can J Occup Ther* [Internet]. 22 de abril de 2016 [citado 14 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841740407100203>
  8. Hellem I, Førland G, Eide K, Ytrehus S. Addressing Uncertainty and Stigma in Social Relations Related to Hidden Dysfunctions Following Acquired Brain Injury. *Scand J Disabil Res.* 13 de marzo de 2018;20(1):152-61.
  9. Cotton GS. Occupational Identity Disruption After Traumatic Brain Injury: An Approach to Occupational Therapy Evaluation and Treatment. *Occup Ther Health Care.* 11 de octubre de 2012;26(4):270-82.
  10. Oyesanya T. The experience of patients with ABI and their families during the hospital stay: A systematic review of qualitative literature. *Brain Inj.* 28 de enero de 2017;31(2):151-73.
  11. Hart T, Driver S, Sander A, Pappadis M, Dams-O'Connor K, Bocage C, et al. Traumatic brain injury education for adult patients and families: a scoping review. *Brain Inj.* 19 de septiembre de 2018;32(11):1295-306.
  12. Aitziber B et als. *Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria* [Internet]. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2016 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf)
  13. de las Heras de Pablo CG. *Modelo de Ocupación Humana*. Madrid: Editorial Síntesis; 2015.

## FIDMAG informa

### ANOMALÍAS ESTRUCTURALES EN LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO BIPOLAR: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GROSOR, VOLUMEN, AREA DE SUPERFICIE Y GIRIFICACIÓN DE LA CORTEZA CEREBRAL.

---

#### **Structural abnormality in schizophrenia versus bipolar disorder: A whole brain cortical thickness, surface area, volume and gyrification analyses.**

*Madre M, Canales-Rodríguez E J, Fuentes-Claramonte P, Alonso-Lana S, Salgado-Pineda P, Guerrero-Pedraza A, Moro N, Bosque C, Gomar J J, Ortiz-Gil J, Goikolea J M, Bonnin C M, Vieta E, Sarro S, Maristany T, McKenna P J, Salvador R, Pomarol-Clotet E*

*NeuroImage: Clinical (IF:4.350, Q2 ). 2020. 25. 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102131>*

*Traducción y adaptación: María Ángeles García – León  
FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation*

Durante años los trastornos psicóticos han sido separados en dos grupos principales, esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva. Esta distinción ha demostrado ser útil clínicamente, sin embargo, trabajos recientes sobre la neurobiología de estos trastornos sostienen que ambos comparten características genéticas (Purcell et al., 2009; Lichtenstein et al., 2009; Craddock et al., 2006) y neurocognitivas (Kim et al., 2015), respaldando que los dos trastornos están relacionados a nivel etiológico.

Una importante línea de investigación que puede ayudar a clarificar los fundamentos neurofisiológicos en común y característicos de cada trastorno, es el estudio de la morfología cerebral. En esta línea, se han realizado estudios cerebrales utilizando imágenes por resonancia magnética estructural (MRI) (Bora et al., 2011; Amann et al., 2016). Entre estos, los basados en la morfometría basada en el vóxel (VBM) y la morfometría basada en la superficie (SBM) son relevantes ya que permiten caracterizar los cambios focales en el tejido de materia gris (GM). A diferencia de VBM, que identifica

diferencias regionales en el volumen de materia gris, la SBM permite medir características locales adicionales de la corteza, incluyendo el grosor cortical (TC), el área de superficie cortical (SA), el índice de girificación (IG) y el volumen cortical (CV), este último es un producto de la TC y SA de cada región cortical.

Varios estudios han reportado disminución del grosor cortical en esquizofrenia en comparación con sujetos sanos, especialmente en regiones frontales y temporales (Rimol et al., 2012; Sugihara et al., 2017; Goldman et al., 2009; Nenadic et al., 2015; Nesvag et al., 2014), sin embargo, la evidencia en el trastorno bipolar es menos concluyente (Hanford et al., 2016; Elvsashagen et al., 2013; Foland-Ross et al., 2011; Fornito et al., 2009; Lyoo et al., 2006; Maller et al., 2014). Recientemente, dos metaanálisis del Consorcio ENIGMA han realizado los estudios más amplios de TC y AS tanto en esquizofrenia como en trastorno bipolar. Compararon a 4474 pacientes con esquizofrenia con 5098 sujetos sanos y encontró disminución generalizada del grosor cortical, con los mayores tamaños de efecto en regiones frontales y temporales, así como AS corticales más pequeñas sin especificidad regional (van Erp et al., 2018). Por otro lado, este mismo grupo, estudió a 2447 pacientes bipolares y 4056 controles sanos, encontrando una disminución de la materia gris cortical en las regiones frontal, temporal y parietal de ambos hemisferios cerebrales, y la AS cortical estaba reducida en regiones aisladas del cerebro asociadas con antecedentes de psicosis (Hibar et al., 2018). Sin embargo, no se han realizado estudios de metanálisis basados en TC y AS en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.

La girificación cortical, representada por el índice de girificación local (IG), es una medida morfológica que mide la cantidad de corteza enterrada dentro de los pliegues sulcales en comparación con la cantidad de corteza visible en las regiones circulares de interés

(Schaer et al., 2012). La IG se cree que está determinada por factores tempranos que afectan a la maduración del cerebro. Por lo tanto, las alteraciones en el IG podrían reflejar rasgos de vulnerabilidad a los trastornos mentales (Razavi et al., 2015). Los estudios de girificación en esquizofrenia han reportado alternativamente tanto disminución como aumento de IG, según lo revisado por White y Hilgetag (2011). Sin embargo, la disminución del IG ha sido el hallazgo más replicado en estudios recientes (Nesvag et al., 2014; Palaniyappan y Liddle, 2012; Matsuda y Ohi, 2018; Palaniyappan et al., 2011; Palaniyappan y Liddle, 2013). Asimismo, se ha encontrado una reducción del GI en pacientes con trastorno bipolar en algunos estudios, junto con cambios progresivos de la girificación cerebral en diferentes etapas del trastorno (Cao et al., 2017; Penttila et al., 2009). Por el contrario, también se ha descrito un mayor GI en ambos trastornos, con pacientes bipolares psicóticos que muestran un mayor GI en la corteza cingulada comparado con la esquizofrenia y sujetos sanos (Nenadic et al., 2015). Por lo tanto, se necesitan más estudios que proporcionen datos adicionales.

El análisis más exhaustivo de SBM hasta la fecha, en términos de TC, CV y SA, fue reportado por Rimol et al. (2012). Se analizaron 173 pacientes con esquizofrenia, 139 pacientes con trastorno bipolar y 207 sujetos sanos. Los pacientes con esquizofrenia mostraron una reducción generalizada del CV impulsada por reducciones de TC y SA, en comparación con los sujetos sanos. Por el contrario, los pacientes bipolares solo mostraron reducciones de TC en las regiones frontal, parietal y temporal, pero no hubo diferencias significativas en CV o AS en comparación con sujetos sanos. Sin embargo, este hallazgo todavía necesita ser replicado teniendo en cuenta el volumen total del cerebro como un factor de confusión en el análisis, porque a diferencia de la TC, SA y CV están altamente correlacionados con el volumen total del cerebro (Winkler et al., 2010). Los perfiles de las anomalías corticales en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y hasta qué punto se parecen entre sí, sólo se han estudiado en un grado limitado.



El objetivo de este estudio es investigar y comparar las alteraciones corticales cerebrales que subyacen a la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Para evitar las limitaciones de estudios previos relacionados con el examen de una o varias características cerebrales y la falta de comparaciones explícitas entre grupos de pacientes con ambas patologías, en este trabajo se estudian tres grupos de sujetos utilizando múltiples características de SBM. Específicamente, 128 pacientes con esquizofrenia, 128 pacientes con trastorno bipolar y 127 sujetos sanos se comparan sobre la base de cuatro medidas corticales locales: (1) volumen cortical, (2) grosor cortical, (3) área superficial e (4) índice de girificación. Dado que las anomalías cerebrales que ocurren en estos dos trastornos pueden afectar características morfológicas cerebrales múltiples y distintas, el análisis de diferentes métricas puede aportar resultados más específicos y sensibles que permitan discriminar las similitudes y diferencias entre los trastornos.

## Métodos

La muestra de pacientes ( $n = 256$ ) constaba de 128 pacientes con esquizofrenia y 128 pacientes con trastorno bipolar según DSM-IV, reclutados de dos hospitales (Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat; y Hospital Clínic de Barcelona). Los pacientes fueron excluidos si: tenían 18 años o  $>65$  años, tenían antecedentes de trauma cerebral o enfermedad neurológica, y habían mostrado abuso de alcohol/sustancias dentro de los 12 meses anteriores a la participación. La evaluación clínica incluyó la Escala PANSS, y en el grupo de trastorno bipolar la Escala YMRS y las Escalas de Depresión HDRS-21 y MADRS. La gravedad general de la enfermedad se evaluó utilizando la escala GAF y el CI premórbido se estimó mediante la Prueba TAP. También se requirió que los pacientes tuvieran un CI actual en el rango normal (es decir,  $>70$ ), medido usando cuatro subtests del WAIS-III: vocabulario, similitudes, diseño de bloques y razonamiento matricial.

Los pacientes con esquizofrenia estaban en tratamiento con antipsicóticos (PA de segunda generación  $n = 81$ , PA de primera generación  $n = 9$ ; combinación  $n = 31$ ) con una dosis equivalente de clorpromazina de 585 mg/d (DE 449). La mayoría de los pacientes bipolares estaban en tratamiento con estabilizadores del estado de ánimo ( $n = 100$ ) (litio solo o combinado  $n = 78$ , valproato solo o combinado  $n = 14$ , otros estabilizadores del estado de ánimo  $n = 8$ ) y con antidepresivos ( $n = 30$ ); de ellos 81 tomaban antipsicóticos (segunda generación AP  $n=67$ , primera generación AP  $n=7$ ; combinación  $n=7$ ) con dosis equivalentes de clorpromazina de 308 mg/d (SD 263).

La muestra de control consistió en 127 individuos sanos, sin antecedentes de enfermedad mental o tratamiento con psicotrópicos, emparejados con los pacientes según edad, sexo y CI premórbido estimado.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y clínicos de los grupos de pacientes y controles.

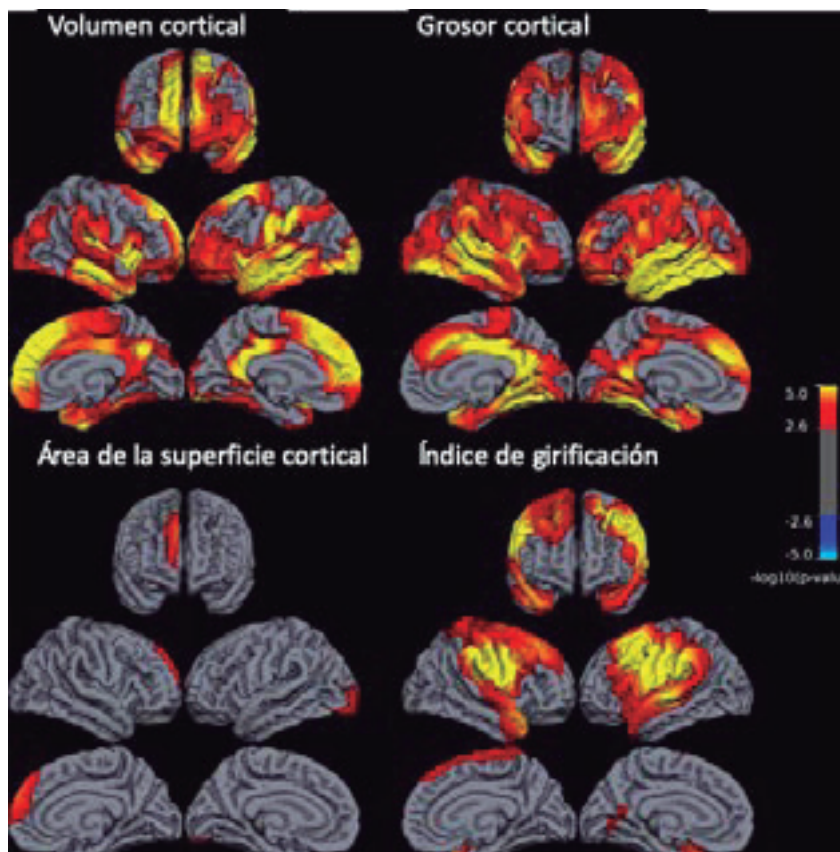
	Esquizofrenia	Bipolar	Controles	p
Edad	41 ± 10	41 ± 10	39 ± 10	0.334
Sexo	74/54	74/54	73/54	0.998
IQ premórbido	22 ± 4	22 ± 4	22 ± 4	0.288
Edad de inicio	22 ± 6	26 ± 9		
Duración enfermedad	18 ± 11	14 ± 10		
Síndrome positivo	13 ± 5	7 ± 4		
Síndrome negativo	17 ± 6	9 ± 5		
Síndrome desorganizado	9 ± 3	5 ± 2		
GAF	46 ± 14	63 ± 19		
HDRS-21		7 ± 9		
MADRS		8 ± 12		
YMRS		5 ± 9		

A todos los participantes se les escaneó en un escáner de 1.5 Teslas aplicando una secuencia estructural T1. Para los análisis de los datos estructurales, se realizó un pre procesamiento de las imágenes y se utilizaron los protocolos estandarizados de control de calidad del consorcio ENIGMA. Se aplicaron modelos lineales generales a los mapas individuales incluyendo el volumen intracraneal como covariable.

## Resultados

### Diferencias en MBE entre pacientes con esquizofrenia y controles sanos

Hubo diferencias significativas en CV, TC, AS y IG entre ambos grupos, que en todos los casos implicaron reducciones en el grupo de pacientes. Como se puede observar en la Figura 1, los pacientes con esquizofrenia mostraron un patrón amplio y bilateral de reducción del CV incluyendo las regiones medial y orbitofrontal, tanto la ínsula como la corteza circundante, el córtex temporal y el cíngulo posterior, entre otras regiones. Las reducciones de TC siguieron un patrón ampliamente similar al observado en el CV, pero menos extendidas en las regiones frontales mediales y afectando áreas más grandes de los lóbulos temporal, parietal y occipital, con anormalidad ampliada en los cortices ventrolateral prefrontal y premotor. Por el contrario, las reducciones en los pacientes en la AS fueron mucho menos abundantes en la corteza frontal superior derecha y en una pequeña área de la corteza occipital lateral izquierda. Finalmente, el IG tuvo un patrón diferencial de anormalidades bilaterales incluyendo reducciones en los polos temporales, giros temporales superiores, ínsulas, áreas parietales (principalmente giros supramarginales y postcentrales) y regiones caudales frontales.

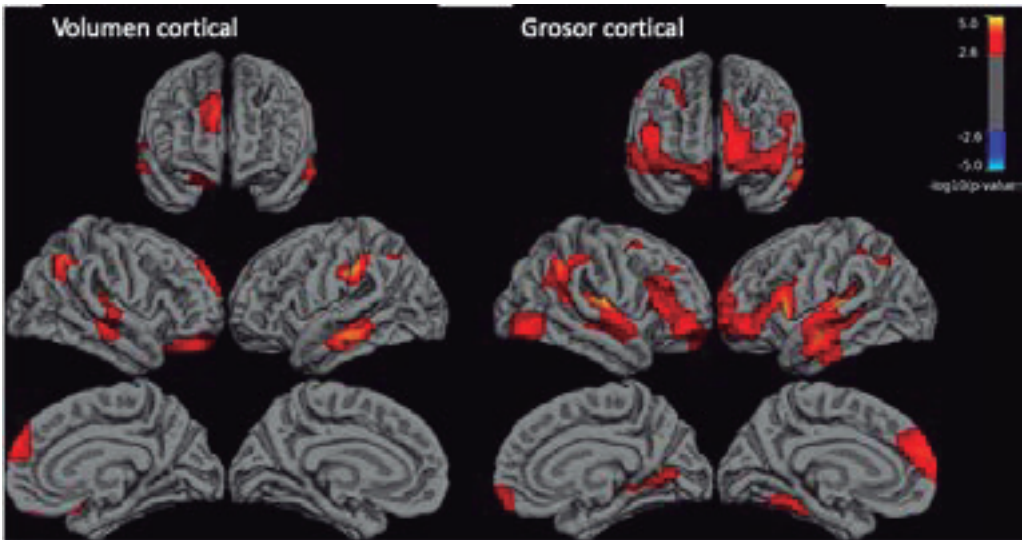


**Figura 1:**

*Regiones cerebrales mostrando diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno bipolar. Los colores que van del rojo al amarillo muestran las regiones con una mayor significación estadística, presentando una mayor reducción de los índices (volumen, grosor, área de superficie cortical e índice de girificación) el grupo de pacientes con esquizofrenia en comparación con pacientes con trastorno bipolar.*

## Diferencias de SBM entre pacientes con trastorno bipolar y controles sanos

Se encontraron diferencias significativas en CV y TC entre pacientes con trastorno bipolar y controles sanos (ver Figura 2). Al igual que en los análisis previos entre los pacientes con esquizofrenia y los controles, estos solo implicaron reducciones en los pacientes y con frecuencia se situaban en las mismas áreas. Sin embargo, tales reducciones fueron claramente menos extensas que las observadas en pacientes con esquizofrenia. Concretamente, se produjeron alteraciones del CV en clústeres de tamaño medio en la corteza frontal derecha (en zonas superiores y orbitofrontales), lóbulos temporales y corteza parietal bilateral (circunvolución supramarginal y zonas adyacentes). Las anomalías de adelgazamiento cortical fueron ligeramente más prominentes que las del CV, incluyendo grupos de mayor extensión. Ambos hemisferios, izquierdo y derecho, presentaron reducciones frontales en la TC, principalmente en áreas de los córtices medial y lateral prefrontal, lóbulos temporales, giros insular y supramarginal, mientras que la corteza occipital solo se encontró afectada en dos áreas del hemisferio derecho. Por último, a diferencia de los resultados de CV y TC, los pacientes con trastorno bipolar no mostraron ninguna área significativa de anomalías SA o GI en comparación con los sujetos sanos.



**Figura 2:**

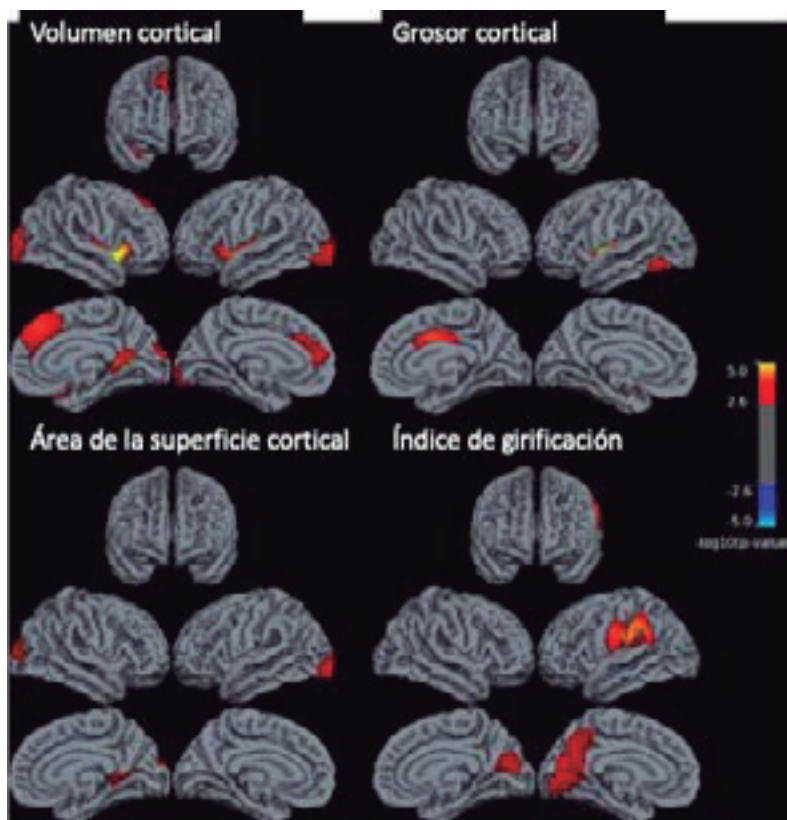
*Regiones cerebrales mostrando diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con trastorno bipolar y controles sanos. El color rojo muestra las regiones con una mayor significación estadística, reflejando una mayor reducción de los índices (volumen y grosor cortical) en pacientes con trastorno bipolar en comparación con controles sanos.*

## Diferencias de MBE entre pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar

La comparación entre los dos grupos de pacientes reveló que los pacientes con esquizofrenia se vieron significativamente más afectados en todas las medidas corticales (p. ej., todos los resultados significativos en CV, TC, AS o GI implicaron reducciones en la esquizofrenia) (ver Figura 3). Específicamente, hubo siete clústeres con diferencias significativas de CV que se localizaron principalmente de manera bilateral en la corteza dorsomedial prefrontal y cingulada anterior, en áreas occipitales caudales, los dos surcos laterales, y los polos posterior ventral derecho y temporal derecho. Todos los clústeres se ubicaban en áreas que habían mostrado reducciones de CV en la comparación controles sanos vs. esquizofrenia. De manera similar, aunque menos abundante, las diferencias en la TC entre ambos trastornos también se localizaron en áreas reducidas de la comparación esquizofrenia vs. sujetos sanos. Estas incluyeron principalmente anomalías en el cingulado dorsal derecho, el surco lateral izquierdo y la circunvolución temporal inferior izquierda.

Sin embargo, los resultados de AS no tuvieron tal concordancia anatómica con las áreas de reducción de AS encontradas en la comparación esquizofrenia vs. controles sanos. Pero todas las diferencias reportadas en la AS entre ambos trastornos incluyeron áreas que habían mostrado diferencias en el CV en la misma comparación de trastorno cruzado. Estas comprendían tanto las regiones occipitales posteriores como el cíngulo posterior ventral derecho. Finalmente, las diferencias entre trastornos en el IG incluyeron un clúster en la circunvolución supramarginal izquierda (que previamente había mostrado reducciones extensas en la comparación esquizofrenia vs. control), pero también incluían anomalías bilaterales en el cíneo que se extendían al precúneo izquierdo y a las áreas visuales primarias izquierda y que no estaban presentes en la comparación esquizofrenia vs. controles sanos.





**Figura 3:**

Regiones cerebrales mostrando diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con esquizofrenia y controles sanos. Los colores que van del rojo al amarillo muestran las regiones con una mayor significación estadística, indicando una mayor reducción de los índices (volumen, grosor, área de superficie cortical e índice de girificación) en pacientes con esquizofrenia en comparación con controles sanos.

## Conclusiones

Los resultados encontrados demuestran que los déficits de volumen y espesor corticales se comparten entre los pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar, lo que sugiere que ambas patologías pueden verse afectadas por factores ambientales y neurodegenerativos similares. Sin embargo, en el trastorno bipolar, estas anomalías son menos pronunciadas. Estos resultados están en línea con estudios previos que utilizan diferentes técnicas de imagen, así como con estudios genéticos y neuropsicológicos, que apuntan hacia unos cambios neurobiológicos compartidos entre ambos trastornos. Sin embargo, en la esquizofrenia, estas anomalías son más pronunciadas y pueden estar relacionadas con síntomas psicóticos. La alteración exclusiva en la esquizofrenia de métricas relacionadas con la geometría local y la curvatura de la superficie cortical cerebral sugiere que este grupo está influenciado por factores neuroevolutivos y genéticos adicionales. Tomados en conjunto, estos datos apuntan hacia una base neurobiológica compartida entre ambas patologías, pero con componentes adicionales que afectan a la esquizofrenia.

[www.fidmag.org](http://www.fidmag.org)

## Referencias

- Amann, BL, Canales-Rodriguez, EJ, Madre, M, et al., 2016. Brain structural changes in schizoaffective disorder compared to schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 133 (1), 23–33.
- Bora, E, Fornito, A, Radua, J, et al., 2011. Neuroanatomical abnormalities in schizophrenia: a multimodal voxelwise meta-analysis and meta-regression analysis. *Schizophr. Res.* 127 (1-3), 46–57.
- Cao, B, Passos, IC, Wu, MJ, Zunta-Soares, GB, Mwangi, B, Soares, JC, 2017. Brain gyrification and neuroprogression in bipolar disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 135 (6), 612–613.
- Elvsashagen, T, Westlye, LT, Boen, E, et al., 2013. Bipolar II disorder is associated with thinning of prefrontal and temporal cortices involved in affect regulation. *Bipolar Disord.* 15 (8), 855–864.
- Foland-Ross, LC, Thompson, PM, Sugar, CA, et al., 2011. Investigation of cortical thickness abnormalities in lithium-free adults with bipolar I disorder using cortical pattern matching. *Am. J. Psychiatry* 168 (5), 530–539.
- Fornito, A, Yucel, M, Wood, SJ, et al., 2009. Anterior cingulate cortex abnormalities associated with a first psychotic episode in bipolar disorder. *Br. J. Psychiatry* 194 (5), 426–433.
- Goldman, AL, Pezawas, L, Mattay, VS, et al., 2009. Widespread reductions of cortical thickness in schizophrenia and spectrum disorders and evidence of heritability. *Arch. Gen. Psychiatry* 66 (5), 467–477.
- Hanford, LC, Nazarov, A, Hall, GB, Sassi, RB, 2016. Cortical thickness in bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord.* 18 (1), 4–18.

Hibar, DP, Westlye, LT, Doan, NT, et al., 2018. Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Mol. Psychiatry* 23 (4), 932–942.

Kay SR, FA, Opler, LA, 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 108, 104–113.

Kim, MD, Seo, HJ, Yun, HJ, et al., 2015. The relationship between cognitive decline and psychopathology in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Clin. Psychopharm. Neurosci.* 13 (1), 103–108.

Lichtenstein, P, Yip, BH, Bjork, C, et al., 2009. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 373 (9659), 234–239.

Lyoo, IK, Sung, YH, Dager, SR, et al., 2006. Regional cerebral cortical thinning in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 8 (1), 65–74.

Maller, JJ, Thaveenthiran, P, Thomson, RH, McQueen, S, Fitzgerald, PB, 2014. Volumetric, cortical thickness and white matter integrity alterations in bipolar disorder type I and II. *J. Affect. Disord.* 169, 118–127.

Matsuda, Y, Ohi, K., 2018. Cortical gyrification in schizophrenia: current perspectives. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 14, 1861–1869.

Nenadic, I, Maitra, R, Dietzek, M, et al., 2015. Prefrontal gyrification in psychotic bipolar I disorder vs. schizophrenia. *J. Affect. Disord.* 185, 104–107.

Nesvag, R, Schaer, M, Haukvik, UK, et al., 2014. Reduced brain cortical folding in schizophrenia revealed in two independent samples. *Schizophr. Res.* 152 (2-3), 333–338.

Palaniyappan, L, Liddle, PF., 2012. Aberrant cortical gyrification in schizophrenia: a surface-based morphometry study. *J. Psychiatry Neurosci.* 37 (6), 399–406.

Palaniyappan, L, Liddle, PF., 2013. Diagnostic discontinuity in psychosis: a combined study of cortical gyrification and functional connectivity. *Schizophr. Bull.* 40 (3), 675–684.

Palaniyappan, L, Mallikarjun, P, Joseph, V, White, TP, Liddle, PF, 2011. Folding of the prefrontal cortex in schizophrenia: regional differences in gyrification. *Biol. Psychiatry* 69 (10), 974–979.

Penttila, J, Paillere-Martinot, ML, Martinot, JL, et al., 2009. Cortical folding in patients with bipolar disorder or unipolar depression. *J. Psychiatry Neurosci.* 34 (2), 127–135.

Purcell, SM, Wray, NR, Stone, JL, et al., 2009. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature* 460 (7256), 748–752.

Razavi, MJ, Zhang, T, Liu, T, Wang, X, 2015. Cortical Folding Pattern and its Consistency Induced by Biological Growth. *Sci. Rep.* 5, 14477.

Rimol, LM, Nesvag, R, Hagler Jr., DJ, et al., 2012. Cortical volume, surface area, and thickness in schizophrenia and bipolar disorder. *Biol. Psychiatry* 71 (6), 552–560.

Schaer, M, Cuadra, MB, Schmansky, N, Fischl, B, Thiran, JP, Eliez, S, 2012. How to measure cortical folding from MR images: a step-by-step tutorial to compute local gyrification index. *J. Vis. Exp.* 59, e3417.

Sugihara, G, Oishi, N, Son, S, Kubota, M, Takahashi, H, Murai, T, 2017. Distinct patterns of cerebral cortical thinning in schizophre-

nia: a neuroimaging data-driven approach. *Schizophr. Bull.* 43 (4), 900–906.

van Erp, TGM, Walton, E, Hibar, DP, et al., 2018. Cortical brain abnormalities in 4474 individuals with schizophrenia and 5098 control subjects via the enhancing neuro imaging genetics through meta analysis (ENIGMA) consortium. *Biol. Psychiatry.*

White, T, Hilgetag, CC., 2011. Gyrification and neural connectivity in schizophrenia. *Dev. Psychopathol.* 23 (1), 339–352.

Winkler, AM, Kochunov, P, Blangero, J, et al., 2010. Cortical thickness or grey matter volume? The importance of selecting the phenotype for imaging genetics studies. *Neuroimage* 53 (3), 1135–1146.









## “Revisión Clínica a propósito de un caso”

**La práctica clínica diaria, a pie de consulta, la valoración del paciente y su entorno, el diagnóstico clínico, el tratamiento y el seguimiento de las diferentes situaciones que el profesional atiende,** concierne a múltiples áreas del individuo y en ocasiones confluyen cuadros concomitantes y evoluciones inesperadas

que hacen de un caso, un constructo clínico que pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica y terapéutica.

Igualmente interesante resulta **la revisión de un tema concreto mediante la exposición de un caso clínico tipo**, que permita al lector repasar conceptos clave aplicados en la práctica clínica habitual.

**Os animamos  
a dar vida a esta sección con  
vuestra experiencia cotidiana.**



Recordad que podeis remitir vuestros trabajos a través del correo electrónico [informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es](mailto:informacionespsiquiatricas@hospitalarias.es) o mediante el acceso directo en [www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com).

Consultad la [Normas para la presentación y publicación de trabajos](#).



Hermanas  
Hospitalarias

[www.informacionespsiquiatricas.com](http://www.informacionespsiquiatricas.com)  
[www.hospitalarias.es](http://www.hospitalarias.es)

