

## **TERAPIA SISTÉMICA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

M<sup>a</sup> Jesús Reviriego Moreno<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Teresa de Julián Fernández<sup>2</sup> y Sara del Palacio<sup>2</sup> Tamarit.

<sup>1</sup>CSM Alcobendas

<sup>2</sup>Hospital Doctor Rodríguez Lafora

A través del conocimiento del modelo sistémico, como otra forma de intervención terapéutica, comenzamos a cuestionarnos nuestra práctica diaria en el contexto institucional y como éste comprometía nuestra práctica.

Partiendo del análisis de dicho contexto, hemos hecho una comparación de la intervención del modelo sistémico y de la intervención en terapia ocupacional, señalando las semejanzas y diferencias entre éstas, viendo la posibilidad de integrarlas.

De esta manera la visión que tenemos del paciente psiquiátrico y la forma de comunicarnos con él y de abordarle se convierte en una intervención en sí misma. Esta intervención se va a realizar a través de tres herramientas básicas: el encuadre (espacio, tiempo y actividad), uso terapéutico del yo y grupo. Las actividades terapéuticas se convierten en unos contextos en los que se recrea la forma de relacionarse el enfermo mental y los otros, dónde se ofrecen posibilidades de cambio de esa relación, de tal manera que el paciente pueda expresarse, crear, planificar proyectos, ensayar relaciones etc. devolviéndoles una percepción diferente de sí mismos: levantarse de la cama, elección del vestido, afeitarse de forma voluntaria, libre elección de una actividad sana, etc.

Por esto creemos que el hacer, el decir y el estar dentro de un contexto adecuado minimiza los estereotipos y la estigmatización del enfermo mental recuperando la esperanza terapéutica.

### **PALABRAS CLAVES**

Comunicación  
Paciente Identificado  
Contexto Terapéutico  
Actividad

### **TEXTO COMPLETO DE LA COMUNICACIÓN**

#### **INTRODUCCIÓN**

La Terapia Familiar llegó a nuestro conocimiento y nuestra práctica profesional diaria como Terapeutas Ocupacionales, hace tres años, a través de un curso de formación continuada de la Comunidad de Madrid de Terapia Sistémica. Desde ese momento supimos que existía una visión más amplia de la sintomatología psiquiátrica y de las aportaciones de este modelo a nuestra profesión.

Trabajamos como Terapeutas Ocupacionales en Salud Mental de la C.A.M. (Hospital Psiquiátrico y Centro de Salud Mental). Nuestras primeras conversaciones después de las clases de sistémica, se centraban en analizar la comunicación en la institución: entre instituciones, entre profesionales en la misma institución, entre los mismos y los pacientes y entre los propios pacientes. La relación entre enfermos mentales (pacientes identificados) y sus familiares ha sido un interrogante más para

nosotras pero dado que nuestro acceso a las familias es poco probable desde nuestra profesión, hemos conjeturado y analizado esta comunicación sin poder contrastarla con nuestros recién adquiridos conocimientos. Esto ha motivado que nuestro trabajo se centre en la relación y aportaciones que puede haber entre Terapia Ocupacional y Terapia Sistémica.

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

En el trabajo que desarrollan en general los diferentes profesionales (Psicólogo@, D.U.E., Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra, Trabajador/@ Social, Auxiliar de Enfermería, Educador, etc.) atendiendo a estos enfermos, observamos que la práctica del trabajo está basada en acciones monótonas y repetitivas, protocolos desarrollados de forma unilateral, cansancio generalizado, resistencias al cambio, etc. en la mayoría de las personas que atienden de una u otra forma a estos enfermos.

Las relaciones enfermo-cuidador son *asimétricas* de forma permanente. La asignación de los roles, rol enfermo - rol cuidador, es la premisa más clara que recibe el paciente identificado en una unidad. Los *límites* suelen ser rígidos, claros y difusos entrelazándose y confundiéndose dependiendo de la subjetividad y proyecciones de los diferentes profesionales que intervienen con los pacientes.

- Límites rígidos: la inflexibilidad de horarios y espacios.
- Límites difusos: diferentes actuaciones de los profesionales ante la misma conducta de un paciente por la dificultad de unificar criterios terapéuticos.
- Límites claros: ante las agresiones y fugas de un paciente hay protocolos de actuación unificados.

Las relaciones entre los diferentes profesionales se establecen desde posiciones muy jerarquizadas donde el flujo de la información no es solo insuficiente sino que también con límites rígidos y difusos de forma alternante (triangulación del paciente).

Dadas las características institucionales señaladas anteriormente a los pacientes entre otras cosas, se les dificulta la posibilidad de desarrollar su identidad, expresar sus deseos, explorar sus capacidades, realizar un proyecto, etc. en un rol diferente al de enfermo mental (paciente en *avería* permanente).

Hay que tener en cuenta que en el modelo institucional se cuida bastante lo previsible o mejor, las respuestas previsibles de los pacientes, quizá por el temor consciente o inconsciente, a conductas agresivas violentas o desconocidas, y por la seguridad producida por un contexto estable. El resultado favorece la estabilidad del sistema institucional basado en la repetición de respuestas tanto de los profesionales como de los pacientes (*redundancia pragmática*).

## ¿QUÉ NOS POSIBILITA TRABAJAR EN UN ESPACIO DIFERENTE CON UN PRISMA DIFERENTE?

Dentro del departamento de terapia ocupacional, se les posibilita a los pacientes, el poder expresarse, poder crear, planificar proyectos, ensayar relaciones, etc. en definitiva, vivir en un contexto diferente que les devuelva una percepción diferente de sí mismos.

## CONTEXTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

### I. DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Aunque definiciones de terapia ocupacional hay varias, nos inclinamos más por la que propone la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WOFT), ya que la consideramos que se aleja más de una perspectiva clínica, y se acerca más a una perspectiva más integradora.

***“Tratamiento de las condiciones físicas y psíquicas a través de actividades específicas seleccionadas en orden a ayudar a las personas a alcanzar su máximo nivel de función en todos los aspectos de la vida cotidiana”.***

## **II. PROCESO TERAPÉUTICO: ENCUADRE, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN**

**El mayor aporte que nos ha dado la perspectiva sistémica es la posibilidad de ver tanto al paciente como al contexto institucional desde una perspectiva diferente, más amplia, no quedándonos en lo que observamos desde un primer momento, sino podernos alejar en nuestra visión y dar un sentido a aquello que observamos en el día a día permitiéndonos intervenir de una forma diferente.**

Desde el enfoque, nos planteábamos que los “pacientes” derivados a nuestro servicio, eran individuos cargados de “síntomas” y no personas que se expresan y comunican a partir de los mismos. Este es el inicio para nosotras, de una Terapia Ocupacional con una perspectiva diferente.

La T.O. en Salud Mental se realiza a través de:

- ❖ **Intervención Individual:** normalmente esta intervención se limita a la primera entrevista y valoración excepto en algunas ocasiones excepcionales en las que se pueda intervenir de forma individual.
- ❖ **Intervención Grupal:** “el hombre sólo cabe reconocerlo en las reacciones de los demás sujetos que le relacionan a uno; sólo puede abrirse camino, allá donde está vinculado a un entorno que tiene en cuenta y participa en el comportamiento, actitudes y manifestaciones de cada cual” (“El hombre en el grupo” Raymond Battegay).

La valoración por tanto, podrá ser individual y grupal:

- ❖ **Valoración Individual:** realizamos una comparación de la primera entrevista de B. Montalvo con la entrevista de Terapia Ocupacional realizada en nuestro centro. A priori podemos pensar que ambas entrevistas son muy diferentes, una es de una familia y otra es de un solo individuo; sin embargo hemos podido introducir elementos sistémicos en la valoración de T.O. manteniendo nuestro objetivo profesional (exploración de las condiciones físicas, psíquicas, sociales, etc.)

En la valoración, aplicábamos la entrevista de una forma semiestructurada, la hemos transformado en un diálogo, durante el cual, las repuestas que nos dan los pacientes, nos van suscitando nuevos interrogantes que planteamos a través de preguntas relacionales.

- ❖ **Valoración Grupal:**

La valoración en el grupo no está estandarizada como en el proceso individual descrito anteriormente, pero sí es fundamental para ciertos tipos de pacientes, a los cuales no puede aplicárseles una entrevista formal.

La valoración e intervención se dan de forma simultánea, coincidiendo con uno de los principios de sistémica, dado que desde el primer contacto con el/los pacientes comienza la intervención.

Las tres herramientas básicas en la valoración e intervención grupal serían el encuadre, el grupo y el uso terapéutico del yo.

✓ **Encuadre**

El Encuadre del grupo consta de una tarea que en el caso de Terapia Ocupacional sería la actividad terapéutica con las siguientes características:

- Actividad con propósito
- Análisis de la actividad
- Adaptación de la actividad

Tal tarea debe estar acotada en un tiempo y en un espacio determinados.

✓ **Uso Terapéutico del Yo**

La utilización del yo por parte del terapeuta (relacionado con la coparticipación y la **instrumentalización del terapeuta** descrito como técnica de terapia familiar por Minuchin) es fundamental para comprometer al paciente con la terapia ocupacional. Son esenciales tres ingredientes para establecer la relación terapéutica: comprensión, neutralidad (generalmente llamada empatía) y preocupación (Siegel, 1986).

✓ **Grupo**

A través del encuadre terapéutico del **grupo** observamos de forma directa o/y vivencial, las formas de interacción de cada miembro del grupo: relación entre iguales, relación con el terapeuta, expresión de sentimientos y opiniones, capacidad de decir “no”, dar y recibir críticas, etc.

Diferentes autores como son Bateson y Laing, determinan que el mundo interno de las personas viene dado por las relaciones que establecen, de tal manera que lo que la persona hace es proyectar el esquema relacional aprendido, en otras personas.

Si observamos cómo se relacionan los individuos dentro del grupo, podremos hipotetizar cómo son sus relaciones familiares y qué capacidades relacionales ha desarrollado. A veces suceden *escenificaciones espontáneas* de roles familiares que se proyectan unos miembros del grupo en otros.

Las principales aportaciones a la **intervención grupal** que nos ofrecen técnicas de terapia familiar descritas por Minuchin, son las siguientes:

- Escenificación: reproducción provocada a través de un role-playing de situaciones familiares y otras situaciones relacionales concretas.
- Intensidad: repetición del mensaje a través de diferentes canales sensoriales.
- Desequilibramiento: ignorar a un miembro del grupo cuando por ejemplo, está reproduciendo el síntoma o trata de boicotear la tarea grupal.
- Cambio: cuestionamiento del problema: cuando se está realizando una tarea y el paciente se siente sobre exigido, deja de trabajar, y al preguntarle qué le sucede, aduce problemas externos a sus propias dificultades (se encuentra atontado o nervioso por la medicación o ha dormido poco). Se le vuelve a centrar en la tarea para que vuelva a redefinir su problema.
- Construcciones: símbolos universales: todas las devoluciones verbales que se realizan en un grupo durante la ejecución de una tarea, respecto a la responsabilidad de sus actos.
- Enfoque: centrar la atención del grupo en un tema concreto para trabajar un objetivo.

- Lados fuertes: aportes o reforzamiento de capacidades de cada miembro del grupo.

## PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Después de la entrevista y valoración, negociamos con el/los pacientes los objetivos del tratamiento de T.O. concretándolos en actividades terapéuticas estableciendo horarios y lugares concretos.

## EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

La realización de las actividades y tareas concretas en el contexto de terapia, posibilita al paciente desarrollar sus capacidades adquiriendo al mismo tiempo una responsabilidad en el proceso madurativo de su identidad.

En la actividad cada persona pone a prueba sus capacidades y con ello la relación consigo mismo. Dentro de las actividades de terapia ocupacional, al paciente le están llegando constantemente, aferencias de lo que es capaz de hacer, de lo que no, del esfuerzo que le supone realizar cada cosa etc., y tiene la oportunidad de relacionarse con distintas personas que lo hacen de diferente manera cada una. Lo que se pretende es **recrear distintos contextos** en los que se vivencien por un lado, la forma habitual de relacionarse en ellos, y por otro lado, ayudados por la intervención, se experimenten nuevas formas de relacionarse, y no sólo con los demás, sino también con uno mismo y con el mundo que le rodea. El conocer otra forma de relación nos hace plantearnos cómo es nuestra relación. **“Una información es una diferencia que hace una diferencia, es decir una relación” (Bateson).**

El terapeuta ocupacional deberá ayudar a que toda esa información que recibe pueda ser integrada. Para ello debe tener claro el encuadre terapéutico, la actividad que se va a realizar, los objetivos que se van a perseguir y tener en cuenta las relaciones que se van a establecer entre unos y otros. El terapeuta ocupacional regulará las relaciones que se establezcan de tal manera que en un momento determinado se le dé voz a uno, se le silencie a otro, se le señale algo positivo a alguien, se le ponga un límite a otro, etc. Por eso una constante en nuestra metodología de trabajo será la participación del paciente y contar con sus intereses. Le ayudaremos a proponer actividades, a que las valore en función de sus capacidades y limitaciones y las posibilidades realistas de llevarlas a cabo, si no puede proponer actividades, le ayudaremos a ver las dificultades que tiene para hacerlo y a encontrar y expresar su problema. Si no es posible, como las relaciones sociales que se dan son muchas, ayudaremos desde una manera vivencial a ver los conflictos y a buscar soluciones a los mismos.

Bateson comenta “el objetivo es crear un contexto relacional de **deutero – aprendizaje**, es decir de aprender a aprender. Boscolo y Bertrando en su libro “Terapia Sistémica Individual” dicen: un lugar dónde **“el cliente pueda encontrar sus soluciones, sus vías de salida de las dificultades y sufrimientos”**.”

Las actividades de T.O. que hemos relacionado con Terapia Sistémica son:

### ❖ **Actividades de la vida diaria**

Normalmente se realizan estas actividades desde el modelo psicoeducativo, a través de un entrenamiento en la actividad concreta.

Partiendo de que muchos pacientes no tienen limitaciones para realizar estas actividades y no es que no sepan, sino que siguen una pauta relacional aprendida y establecida, hemos observado la posible aplicación de técnicas sistémicas para influir en el concepto de autonomía y posibilitar algún cambio.

### ❖ **Psicomotricidad**

Es una técnica muy utilizada en Terapia Ocupacional porque cumple objetivos de tratamiento en distintas áreas (motora, cognitiva, conductual y relacional, etc.).

La Terapia Psicomotora se realiza teniendo en cuenta el hecho que el cuerpo lleva siempre detrás su propia historia (memoria), en la cual está escrita la psicomotricidad de cada uno. En esta historia, las manifestaciones psicomotoras no son sino otra forma de lenguaje, de escritura visible del cuerpo, un signo concreto para decir y repetir la propia historia con el otro.

La terapia psicomotora no trabaja sobre el cuerpo de la palabra, sino sobre la palabra del cuerpo que está antes de cualquier otra cosa, a fin de permitir que el sujeto pase de la dependencia donde la palabra no es necesaria, a la autonomía, expresión de un individuo parlante.

#### ❖ **Ludoterapia**

La ludoterapia con los adultos la utilizamos para llevarlos a una etapa del desarrollo en la que han tenido dificultades y fomentar una evolución potenciando la capacidad de disfrute autónoma.

#### ❖ **Expresión Plástica**

La expresión plástica se utiliza fundamentalmente con dos objetivos: uno, de expresión a nivel emocional, de deseos, conflictos y sentimientos internos; nuestra tarea será de ayudar a poner palabras a lo expresado y a darle un significado conjunto; otro fin es la construcción de un objeto intermediario entre el sujeto y una relación significativa para el propio sujeto.

### **CONCLUSIONES**

Hemos visto la posibilidad de dar un enfoque diferente a la propia intervención de T.O. en Psiquiatría a través de este modelo sistémico. Nuestra experiencia ha sido muy positiva a la hora de integrar los objetivos de todos los profesionales del equipo multidisciplinar en relación a los pacientes y de sus familiares así como en las relaciones con otros recursos de la C.A.M. del que son o podrían ser susceptibles de beneficiarse.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Andolfi, M., "Terapia Familiar". Ed. Paidós. Barcelona. 1985.
- Bateson, G., "Pasos hacia una ecología de la mente". Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires. 1972.
- Boscolo y Bertrando, "Terapia Individual Sistémica". Ed. Amorrortu.
- Boscaini, F., "Los Trastornos Psicomotores como Trastornos de la Comunicación". Centro Italiano de Estudio e Investigación en Psicología y Psicomotricidad (CISERPP). Verona 1988.
- Hopkins H. L. y Smith H. D., "Terapia Ocupacional". Ed. Panamericana. 1993.
- Grieve J., "Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales". Ed. Panamericana. Madrid. 2000.
- Linaza, J.L., capítulo 14, "El juego en el desarrollo infantil". Psicología Evolutiva. UNED.
- Minuchin, S., "Familias y Terapia Familiar". Ed. Gedisa. Barcelona. 1979.
- Minuchin, S., "Técnicas de Terapia Familiar". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1984.
- Selvini, M. y otros, "Hacia una nueva Psiquiatría". Ed. Paidós.
- Watzlawick, P., "Teoría de la comunicación humana". Ed. Herder. Barcelona. 1981.