



UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN TERAPIA OCUPACIONAL. CASO PRÁCTICO/CLÍNICO



Gabriel Sanjurjo Castelao. Terapeuta Ocupacional.

● RESUMEN

Dentro de grupo de los Trastornos Mentales Severos/ Graves, especialmente en aquellos casos con largo tiempo de evolución y con predominio de sintomatología negativa, es obvio que uno de los aspectos más importantes a trabajar en su proceso rehabilitador es el deterioro de sus Actividades de la Vida Diaria (sobre todo las Básicas). Esta carencia, aparte de aumentar su discapacidad y disminuir su autonomía imposibilita la posibilidad de consecución de objetivos más ambiciosos dentro de su Plan Individualizado de Rehabilitación (ahora es, de alojamiento, etc.) (1).

Se presenta en este artículo la complementariedad de una técnica de terapia comportamental (economía de fichas) y de un programa de recuperación e instauración de Actividades de Vida Diaria Básicas desde la Terapia Ocupacional.

● PALABRAS CLAVES

T.M.S., Economía de fichas, Actividades de la Vida Diaria, rehabilitación psicossocial, Terapia Ocupacional, casos clínicos.

● INTRODUCCIÓN

La técnica de la economía de fichas tiene por objeto desearrojar conductas deseadas, mantener una frecuencia adecuada y disminuir aquellas conductas indeseadas (2). El procedimiento es sencillo, se trata de establecer un sistema de refuerzo para premiar las conductas, el usuario va acumulando puntos/ fichas según realice las conductas y estos puntos son intercambiados por otros reforzadores (materias o sociales/situacionales). Una vez que se ha conseguido instaurar y mantener la conducta se reforzará de un modo intermitente, espaciando los intervalos e intercambiando los reforzadores materias por otros de carácter social hasta que la conducta se mantenga en ambiente natural.

La economía de fichas se ha utilizado sobre todo en pacientes institucionalizados, de larga evolución y en entorno controlado o que hace posible complementar con un manejo de contingencias (uso selectivo de refuerzos y castigo) (3). Se plantea en este artículo la posibilidad de administrar este tipo de programa en un paciente con vivienda propia y que acude a un Centro de Rehabilitación de Salud Mental de manera ambulatoria.

● REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una revisión sistemática de varias fuentes documentales y bases de datos;

IME (Instituto Médico Español), dependiente de Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Biblioteca de los Servicios de Salud Mental. SESPA

MEDLINE: Base de datos de la National Library of Medicine (EEUU).
The Cochrane Library.

Además se ha realizado una búsqueda exhaustiva de tema en Internet. Los resultados dejan a las claras que pese a ser una técnica nacida en Europa (Alexander Maconochie, Inglaterra s. XIX) bajo el amparo de las Instituciones Penales, el desarrollo fundamental se realiza en EEUU y Canadá. Las necesidades no difieren de un lado a otro de Atlántico pero la fuente documental se encuentra sobre todo en autores americanos. Destaca entre estos los trabajos de Kazdin, autor y profesor de su campo en psiquiatría (4).

Un aspecto llamativo de la revisión es que, pese a ser una técnica relativamente de fácil aplicación en Instituciones psiquiátricas, las publicaciones en este sentido son muy reducidas. Las áreas de mayor aplicación documentada son las relativas a Instituciones Penitenciarias, disminuidos psíquicos, con menores y trastornos de la conducta alimentaria. El éxito de las aplicaciones de la técnica parece evidente (5 y 6). Aun así se aprecia un descenso de las publicaciones en el último lustro.

● PRESENTACIÓN DEL CASO

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 37 años, diagnosticado de Psicosis esquizofrénica residual (7) con inicio a los 23 años, cumpliendo el servicio militar, presentando alucinaciones auditivas, vivencias de despersonalización, sensación de control de pensamiento e interpretaciones delirantes de tipo persecutorio y heteroagresividad hacia familia. Desde entonces sigue tratamiento de Hospital de Día y ocupacionales no concluidos. Ambos padres a tratamiento psiquiátrico. Último ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Agosto de 2000 (agresión hacia la madre). En el momento de desarrollar el programa se encuentra estabilizado sintomatológicamente, buena adherencia a tratamiento farmacológico. Predominio de síntomas negativos; aplanamiento afectivo, retraimiento social, anhedonia, baja motivación, abandono de hábitos saludables. Vive sólo, padres divorciados, con ayuda a domicilio de la Asoc. de Familiares de Enfermos Mentales (acompañamiento) y Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento para realización de tareas domésticas. Es receptor de una Pensión No Contributiva (PNC). Su nivel de independencia, siguiendo la Escala de Discapacidad de la O.M.S. (8):

Cuidado personal: 3+
Func. Ocupac: 3+
Func. Familiar: 4+
Func. Social: 4+

DESARROLLO DEL PROGRAMA

TABLA I

1. Identificación de las conductas a reforzar:

Esta parte se realizó en colaboración con su Tutora (DUE), se detectaron cuales eran las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria que más interesaban para aumentar su autonomía y disminuir la supervisión. Además hay que tener en cuenta que esas conductas las pueda mantener en ambiente natural Para ello se realizaron visitas domiciliarias con una frecuencia de dos días a la semana. La objetivación en este apartado es fundamental para la consecución de los resultados planteados (9), de ahí que la evaluación sea exhaustiva en cuanto a las AVD's. Para ello se diseñó un cuestionario específico. Una vez enumerados las conductas se puntúan según criterio de dificultad en la realización y frecuencia deseada (ver Tabla I). El rango de puntuación es de 0-40 puntos (máximo rendimiento).

Hacer la cama	2 puntos.
Separar la ropa sucia	4 p.
Recoger salón y cocina	4 p.
Ordenar la ropa limpia	6 p.
No tener ropa en el suelo	2 p.
Fregar cocina	8 p.
Fregar platos y útiles de cocina	2 p.
Limpiar nevera	4 p.
No tener comida caducada	8 p.

TABLA II

2. Identificación de los reforzadores de apoyo significativos:

Dada la dificultad para verbalizar situaciones y reforzadores materiales por parte del paciente se le pasaron varios cuestionarios de intereses. Se obtuvo información por parte de la observación directa del paciente dentro de los programas de ocio y tiempo libre del CR San Lázaro (Colonias de verano) sobre aquellas actividades más gratificantes para el paciente (ver Tabla II). A cada reforzador se le asignó un valor en puntos, una ponderación en relación esfuerzo-valor objetivo. Estos reforzadores se le fueron administrando según fue consiguiendo los puntos para ellos. Se planteó la necesidad de no establecer un coste de respuesta y así eliminar el castigo negativo. A medida que se realizó el programa se estableció demora de reforzadores a fin de efectuar una retirada progresiva de los mismos (10).

Compra de teléfono móvil
Recargas de teléfono
Compra de revistas de divulgación científica
Compra de cometa
Inscripción en actividades hípcas
Realizar salidas lúdicas
Comidas fuera de casa (restaurante)

3. Establecimiento de los sistemas de registro:

A fin de hacer lo más objetivo posible la puntuación se crearon una tablas de registro de AVD's donde se anotaban los puntos conseguidos semanalmente. Cada semana se realizaron dos visitas domiciliarias para realizar el registro (los lunes y los viernes). Una vez a la semana se pautó una entrevista al paciente a fin de que él mismo cubriese la tabla de evolución.

4. Contrato Terapéutico:

Una vez diseñado todo el programa se le presentó al paciente y se firmó un contrato donde figuraban todos los reforzadores y "conductas objetivo", con sus compromisos y los del personal asistencial. Con todos los aspectos claro y sin lugar a dudas o dobles interpretaciones. Firmado por su Clínico, su Tutora, el Terapeuta Ocupacional, por el propio paciente y, dada las características semiautónoma de su vivienda, por la madre de este. El trabajo con la madre se centró en que durante todo el tiempo que durase el programa

interviniese lo menos posible en la realización de tareas en el domicilio del paciente ya que distorsionaría los resultados disminuyendo la efectividad. Se fijó una duración inicial de 19 semanas.

5. Sistema de seguimiento y administración de reforzadores:

Durante las 19 semanas con frecuencia de dos veces a la semana se fue registrando las conductas realizadas por parte del T. O. y Tutora del caso. Cada semana se programó una reunión con el paciente a fin de que fuese él mismo quien contabilizase sus puntos y los anotase en un gráfico, para mejorar la adherencia al programa y porque existe un aumento conductual al realizar autoregistros. También como factor de motivación sobre todo al inicio del programa debido al nivel bajo del que partía (11). Al inicio del programa se le administraron reforzadores de tipo material con la frecuencia más alta posible (ya que el paciente, a veces, no demandaba los reforzadores).

6. Evolución:

Se presenta en tablas a fin de ver la totalidad de la evolución. Hay que considerar que el nivel previo era inferior a la puntuación de la primera semana.

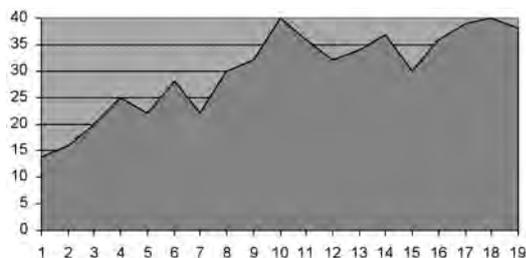
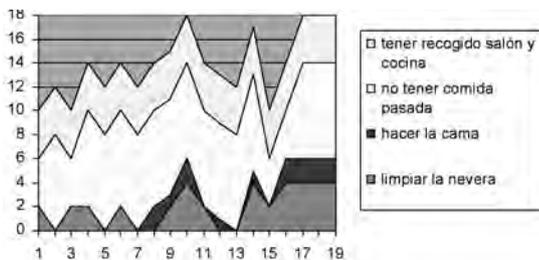
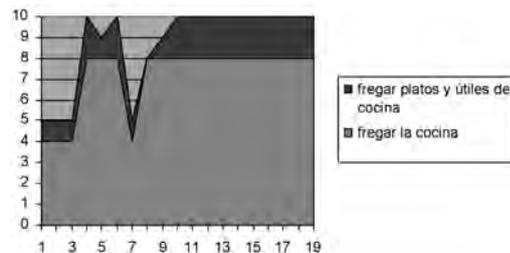
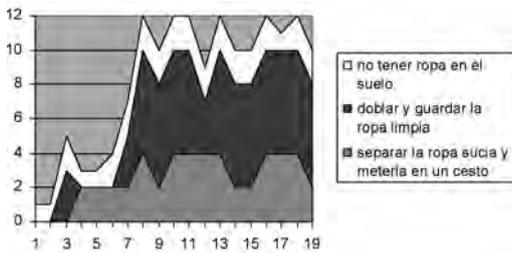


GRAFICO IV
Resultados totales;
Puntos/semanas

CONCLUSIONES

- Idoneidad del Programa de Economía de Fichas para la instauración de hábitos no adquiridos en AVD en tratamiento ambulatorio. Como se ve en los gráficos de evolución del rendimiento, que partía de un nivel muy bajo (inferior a lo registrado en la 1ª semana, ya que una vez establecido el plan el paciente incrementó sus conductas objetivo), el rendimiento en las últimas semanas del plan es muy superior, rozando el cumplimiento total.

- Validez para el mantenimiento de conductas de reciente adquisición: Algunas de las conductas eran de nueva adquisición, en otras el objetivo era aumentar la frecuencia. Es el primer grupo donde los resultados fueron mejores. Se le hizo un entrenamiento conductual basado en instrucciones, moldeado y modelado, con reforzamiento verbal. El paciente adquirió las nuevas conductas y su mantenimiento fue positivo, incluso más allá de la semana 19. La conducta objetivo mejora en calidad y cantidad.

- Mayor eficacia al consensuar objetivos y refuerzos con el paciente: La importancia del contrato terapéutico se comprueba en que sólo con realizarlo aumentó el rendimiento en las conductas objetivo. Hay que primar refuerzos materiales personalizados y procurar que estén a disposición contingente.

- Influencia de factores externos en la evolución del programa (semana 15 del programa): Durante el desarrollo del programa se produjo una situación anómala, aunque prevista (el divorcio de los padres), esto tuvo consecuencias en la disminución del rendimiento de las conductas objetivo. El padre se instaló en el piso durante unos días.

- Existe un aumento de motivación por parte del paciente para afrontar nuevas situaciones y nuevas actividades: En cierta manera la posibilidad de conocer realmente como mejora en su desempeño de AVD refuerza su autoestima y mejora la capacidad de afrontamiento de situaciones nuevas con agentes estresantes, disminuyendo su vulnerabilidad (12, 13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanjurjo Castelao, G. "Apertura de piso de transición Funciones del T O Evaluación" Rev. de a Asoc. Prof. España de a T.O. Sept embre 2.002. nº 29,
2. Tarp, R. M. "Principios básicos del aprendizaje", 11ª ed. Madr d. Ed tor a Debate. 1993.
3. Pinillos, J. L. "Principios de psicología", 17ª ed. Madr d. A anza Un vers dad. 1992.
4. Ayllont, T. & Azrin, N. "The token economy : a motivational system for therapy and rehabilitation".1ª ed. New York. App eton-Century- Crofts.1968.
5. Sos-Peña, M. R., Tortosa, F. Y Pérez, A. "El sistema de economía de fichas hoy, tras veinticinco años de aplicación". Rev sta de a H stor a de a Ps co ogía.1990. nº 11, 3, 4, pág: 467-480.
6. Gómez Terrados, J. A., Muñoz, E., Del Río, M. del Pilar, González, A. "Estudio epidemiológico-descriptivo de un programa de economía de fichas (token economy)". Informac ones ps qu átr cas.1983,94, pág: 285-296.
7. "Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión". Madr d. OMS. 1992.
8. "Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud". Madr d. OMS y Mº de Trabajo y Asuntos Soc a es. 2001.
9. Mayor, J., Labrador, F. J. "Manual de modificación de conducta". Madr d. A ambra Un vers dad. 1991.
10. Peinado Manzano, M. de los Ángeles. "Los sistemas de economía de fichas Su aplicación en el campo educativo". Stvd a Pædagóg ca, rev sta de c enc as de a educac ón. 1983. nº 11, pág 57-67.
11. Corral, E., Pérez Hidalgo, I. "Un procedimiento sencillo de manejo de contingencias para el control de conductas higiénicas en una comunidad psiquiátrica". Informac ones ps qu átr cas, 1987, 109. Pag; 257-266.
12. Lemos Giráldez, S. "El modelo de vulnerabilidad como fundamento para la rehabilitación de la psicosis". En "Rehab tac ón y Sa ud Menta ; s tuac ón y perspect vas" . Sa amanca. Amarú ed c ones. 2.002. Pág; 57-73.
13. Liberman, R. P. "Rehabilitación integral del enfermo mental crónico". Barce ona. Ed c ones Roca.1993