

TERAPIA OCUPACIONAL Y RELAJACIÓN AUTÓGENA EN SALUD MENTAL

OCCUPATIONAL THERAPY AND AUTOGENIC RELAXATION IN MENTAL HEALTH

PALABRAS CLAVE: Terapia Ocupacional, Relajación, Hospitales Psiquiátricos, Esquizofrenia y trastornos con características psicóticas, Trastornos de la Personalidad, Trastornos del humor, Trastornos neuróticos.

KEY WORDS: Occupational Therapy, Autogenic Training, Psychiatric Hospital, Schizophrenias, Personality Disorders, Affective Disorder, Neurotic Disorder.

DECS: Terapia Ocupacional, Relajación, Hospitales Psiquiátricos, Esquizofrenia, trastornos psicóticos, Trastornos de la Personalidad, Trastornos del humor, Trastornos neuróticos.

MESH: Occupational Therapy, Relaxation, Hospitals, Psychiatric, Schizophrenia, Psychotic Disorders, Personality Disorders, Mood Disorders, Neurotic Disorder.



Autora

Dña. Mª de las Mercedes Oliver de Haro

Terapeuta Ocupacional del Hospital de Día de Adultos. Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid)

Psicóloga clínica

Psicomotricista por la escuela CEFOPP

moliver.ipjq@salud.madrid.org

Como citar este documento:

Oliver de Haro MM. Terapia ocupacional y relajación autógena en salud mental. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(19): [12 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original7.pdf>

Texto recibido: 15/04/2014

Texto aceptado: 28/04/2014

Texto publicado: 18/05/2014

Introducción

Este artículo pretende objetivar los beneficios de la relajación autógena en pacientes diagnosticados de patología mental grave. Para ello, es importante comprender el medio terapéutico que enmarca el tratamiento. El Hospital de Día (HD) acoge a un número de 30 pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave y persistente. La derivación al HD se realiza a través del facultativo responsable del paciente (psicólogo o psiquiatra) desde el Centro de Salud Mental (CSM) con el objetivo general de llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico intensivo y limitado en el tiempo, mayor del que se puede proporcionar desde el contexto ambulatorio del CSM. Las actividades del HD son fundamentalmente grupales, no necesariamente con todos los pacientes a la vez, concretamente, martes y

RESUMEN

Utilizando una metodología descriptiva, el artículo detalla mi experiencia como terapeuta ocupacional en dos grupos de relajación en el Hospital de Día Psiquiátrico de Adultos José Germain de Leganés durante los años 2011 y 2012. El propósito de este trabajo es constatar el beneficio de la relajación autógena o de Schultz en pacientes con patología psiquiátrica grave. Los pacientes de ambos grupos comentan después de cada sesión qué sensaciones han tenido durante la misma y en el cierre del entrenamiento completan un cuestionario de valoración sobre el entrenamiento completo en relajación autógena. El conjunto de estos datos y experiencias, no sólo avalan el beneficio de la técnica con este grupo de pacientes, sino que destacan como resultados positivos los más claros los del grupo de pacientes con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, lo cual es un dato relevante ya que la literatura del área tiende a contraindicar o a mostrarse escéptica a la hora de utilizar la relajación autógena en pacientes con dicha patología.

SUMMARY

Following a descriptive methodology, this article presents my experience as Occupational Therapist in two relaxation groups at the Outpatient Psychiatric Hospital for Adults Jose Germain in Leganes (Madrid) during years 2011 and 2012. The purpose of this work is to prove the benefit of the Autogenic Training (AT) or Schultz's in patients with chronic and severe mental health problems. After each relaxation session, patients detail their feelings during it; and at the end of the training they complete an evaluation questionnaire about the training process in AT. All the experiences and data not only support the benefit of AT in patients with mental health problems, but they highlight the best results on patients suffering from schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. That is very relevant, since mainstream literature recommendations for AT is frequently contraindicated for patients with that condition.

una terapeuta ocupacional, valora el beneficio terapéutico que la relajación, el psicodrama y el periódico ofrecen a cada paciente.

La inclusión de los pacientes en la actividad de relajación, así como la derivación al grupo de los martes o los jueves se piensa en las reuniones clínicas de primera hora. El equipo terapéutico, compuesto por; dos psiquiatras, un psicólogo, dos enfermeras y una terapeuta ocupacional, valora el beneficio terapéutico que la relajación, el psicodrama y el periódico ofrecen a cada paciente. La derivación en último lugar la hace el facultativo responsable del paciente, teniendo en cuenta la demanda del paciente y finalmente delegando a un tercero (terapeuta ocupacional) el comienzo de un proyecto común, el entrenamiento en relajación ⁽¹⁾. Se ubica a cada uno bien en psicodrama-relajación, en relajación-periódico o en psicodrama-periódico, por lo que en este último caso, hay un pequeño grupo de pacientes en el HD que no asisten a relajación.

jueves a las 12:30 los grupos de relajación comparten franja horaria con los grupos de psicodrama y periódico y por tanto existe un desdoble de actividades y de pacientes.

La inclusión de los pacientes en la actividad de relajación, así como la derivación al grupo de los martes o los jueves se piensa en las reuniones clínicas de primera hora. El equipo terapéutico, compuesto por; dos psiquiatras, un psicólogo, dos enfermeras y

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30 10:30			Reunión clínica		
10:30 12:00	Psicoescritura	Grupo terapéutico	Lecturas compartidas	Grupo terapéutico	Teatro
12:00 12:30			Descanso		
12:30 14:15	Cine	Psicodrama/ Relajación	Habilidades sociales	Periódico/ Relajación	Psicomotricidad
14:15 15:00			Comida		
15:00 16:00	Cine	Reunión de equipo	Taller de Salud	Reunión de equipo	Grupo grande

1. Cronograma HD

El objetivo de este artículo es detallar y reflejar que en el medio terapéutico de HD, con pacientes con patología mental grave y persistente, se han podido llevar a cabo dos grupos de relajación autógena obteniendo resultados positivos en cuanto a la seguridad en la utilización del método (sobre todo en el grupo diagnóstico de esquizofrenias) y las sensaciones percibidas por los pacientes.

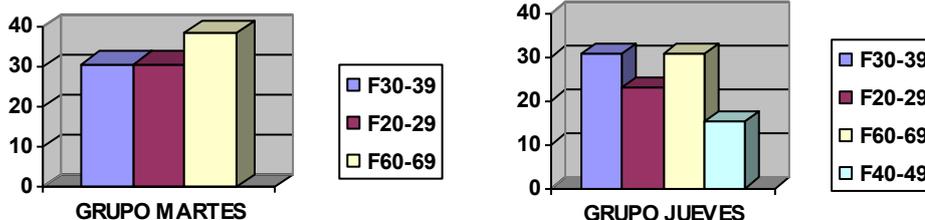
METODOLOGÍA

La experiencia con los grupos de relajación autógena comienza el martes 22 y jueves 24 de noviembre de 2011 respectivamente, contando cada uno de ellos con dos sesiones previas de entrenamiento en respiración abdominal-diafragmática. Los grupos terminaron el martes 24.04.12 con un total de 14 sesiones y el jueves 3.04.12 con un total de 13 sesiones.

Ambos grupos de relajación tienen la misma duración y encuadre, sin embargo las salas donde se llevan a cabo son diferentes. La sala del grupo del martes,

de unos 30m², es más luminosa y está ocupada por sillas y mesas que hay que redistribuir para acondicionarla como sala de relajación. Es también, una sala más ruidosa. La sala del grupo de los jueves, de unos 50m², tiene una iluminación más tenue, el mobiliario está compuesto por sillones de una plaza y una televisión, con lo que el espacio central queda diáfano. Su ubicación en uno de los extremos del HD hace de ella una sala más silenciosa. Ambas salas cuentan con colchonetas y sillas con reposabrazos, únicamente la sala de los jueves tiene sillones.

Ambos grupos son abiertos, lo cual implica que durante los meses que dura el entrenamiento los pacientes pueden incluirse después de que haya comenzado el entrenamiento y marcharse de alta antes de que haya terminado. Ello conlleva, que la muestra de pacientes que completan el total de sesiones sea reducida. En el grupo de los martes los pacientes que completan el entrenamiento son 10 y en el grupo de los jueves son 6. La representación de diagnósticos según códigos de la CIE 10 ⁽²⁾ en cada grupo es la siguiente:



F20-29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

F30-39: Trastornos del humor (afectivos).

F40-49: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.

F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.

2. Representación de diagnósticos en HD según códigos CIE-10

Cada sesión de relajación en ambos grupos sigue la misma estructura:

La *primera franja* tiene como objetivo iniciar el grupo ubicando a todos los miembros del mismo, hayan o no asistido a la sesión. Después la terapeuta ocupacional lanza siempre la misma pregunta; "¿ha habido alguna situación desde la semana pasada a hoy en la que hayáis podido practicar la relajación o hubierais deseado hacerlo? Esta pregunta es una invitación para abrir un espacio de comunicación e intercambio que facilite la liberación de tensiones previas. Sobre todo, se enfatiza la importancia de compartir pensamientos o ideas intrusivas que suponen un verdadero impedimento para conseguir sensaciones de relajación ⁽³⁾. La participación es voluntaria y la duración es flexible. Antes de cerrar este espacio la terapeuta ocupacional facilita las instrucciones específicas de la sesión de relajación y aclara las dudas que puedan surgir respecto a las mismas.

La *segunda franja* es la dedicada propiamente a la relajación autógena, su duración es más estable, aproximadamente 30 minutos. Los ejercicios de relajación se acompañan de una música que siempre es la misma y que evita evocar sonidos de la naturaleza o canciones conocidas, es decir, que evita la sugestión. A medida que avanza la sesión tanto la música, como la voz del terapeuta, van descendiendo progresivamente de volumen ⁽⁴⁾. Este tiempo se distribuye a su vez en tres momentos que son, entrada, cuerpo y cierre. Las frases que componen la entrada y el cierre son siempre las mismas. La entrada hace alusión a la importancia de concentrarnos en nuestro cuerpo, de conectar con nuestras sensaciones. Se les invita a explorar, sobre todo en las primeras sesiones, la posición en la que se encuentren más cómodos y a cambiar con libertad de postura siempre que sea en este primer momento (la entrada), pues después a lo largo del entrenamiento lo que se busca precisamente es evitar el movimiento ⁽⁵⁾. Se invita al cierre de ojos ⁽⁶⁾, a evitar presiones físicas de prendas de vestir o complementos y a concentrarse las instrucciones del terapeuta dejando circular otros pensamientos interferentes. Este es también el

momento en el que comenzamos a monitorizar nuestra respiración, intentando que sea una respiración cómoda y natural.

Durante el cuerpo de la sesión, la relajación autógena es el método que hemos seguido a lo largo de las sesiones, ampliamente detallado en numerosos manuales no me detendré a describirlo, pero sí me gustaría enumerar las variaciones al método que he creído conveniente incluir en ambos grupos:

- De los ejercicios de grado inferior o estándar; vivencia de peso, calor, cardiaca respiratoria, plexo solar caliente y frente fresca ⁽⁷⁾, sólo entreno los dos primeros. No se entrena ningún ejercicio de grado superior, meditativos o de imaginación ⁽⁸⁾. Las vivencias de peso y calor se centran en las sensaciones asociadas a la piel y músculos esqueléticos, resultando así más sencillos y ajustados a la patología psicótica, el resto de ejercicios se centran en órganos y procesos internos y requieren más destrezas de enfoque ⁽⁹⁾.
- El método autógeno avanza hacia la siguiente fórmula cuando la sensación que se trabaja está consolidada. Por ejemplo, se comenzaría a trabajar la sensación de peso en brazo dominante y no se pasaría a ambos brazos hasta que en el dominante se sintiera esta sensación. En nuestras sesiones de relajación trabajamos cada segmento corporal semana a semana por una limitación temporal y de heterogeneidad de los grupos ⁽⁶⁾.
- El método intercala la frase "estoy tranquilo" entre ejercicio y ejercicio. Mientras que cada ejercicio se repite un número de seis veces, la frase "estoy tranquilo" se aconseja decir una vez. En las sesiones de HD esta frase se repetía seis veces. Quise probar esta opción porque el cambio de ritmo ⁽³⁾ me parecía que dificultaba la repetición de la fórmula pasivamente ⁽⁸⁾ y contradecía la indicación de formular los ejercicios de manera rítmicamente automatizante ⁽⁵⁾.
- Todas las pautas verbales se estructuran en dos tiempos que coinciden con la respiración, la primera parte de la frase con la inspiración y la

segunda con la espiración. Por ejemplo, la pauta "estoy tranquilo" sería; "estoy" mientras inspiro y "tranquilo" mientras espiro. Enfatizo la importancia de adaptarlas al ritmo respiratorio de cada uno, sin intentar modificarlo, simplemente acompañando una respiración natural y cómoda para nosotros ⁽¹⁰⁾.

El cierre se centra en recomendar la relajación como una forma de estar nuestra vida diaria, al repetirse la misma fórmula anticipa la salida de la sesión. Se les invita a abrir los ojos, a moverse poco a poco, cada uno a su ritmo y a pasar a compartir las vivencias de la sesión.

Por último me queda explicar la *tercera franja* a la que hacía referencia anteriormente. En este espacio de tiempo se invita a cada paciente a compartir su vivencia, experiencia, sensaciones, sentimientos, emociones que la sesión nos ha suscitado ⁽¹¹⁾. Concretamente se plantean dificultades o inquietudes para poder explicarlas, manejarlas o en su defecto observarlas durante el transcurso de las sesiones comprobando su evolución ⁽³⁾. Es importante recordar que el miedo al fracaso es un problema prevalente en la práctica clínica, por eso también se aprovecha este espacio para reforzar a los pacientes en los avances que vayan consiguiendo y animarles a proseguir en la práctica ⁽¹²⁾. Esto enlaza con un buen momento para recordar la importancia de practicar la relajación fuera de las sesiones de HD ⁽¹²⁾ ⁽³⁾.

RESULTADOS

Los resultados de mi experiencia muestran este método de relajación como beneficioso en general para pacientes con enfermedad mental grave y en particular para el grupo de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

Durante las sesiones los pacientes van relatando no sólo cómo van incorporando la relajación autógena a su vida diaria, sino cómo se han sentido durante la sesión. En ninguno de los pacientes se observó o ellos expresaron

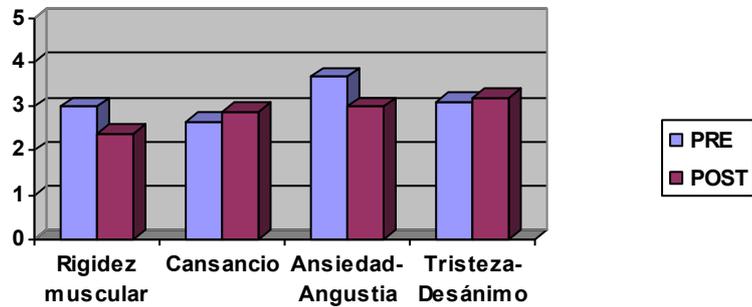
agudización de la sintomatología psiquiátrica y en solo uno de los casos una paciente con diagnóstico de trastorno de la personalidad refirió dificultades con la técnica. Esta paciente tenía una historia de abuso y la sensación de peso no le provocaba ni sensaciones ni recuerdos agradables; "darme cuenta que casi todo lo que supone sentir peso encima me provoca malestar". En este caso se procedió a cambiar la consigna de la sensación de peso para esta paciente por la de ligereza ⁽³⁾. Algunas de las respuestas de los pacientes respecto a la aportación de la relajación autógena a su vida diaria fueron las siguientes; del grupo de los trastornos de personalidad; "estar algo más relajado, ayudarme a respirar y a superar alguna crisis"; "ayudar a superar momentos de angustia y ansiedad", "expectativas de ponerlo en práctica en escenarios exteriores dentro del programa de exposiciones que trato de llevar a cabo", "más tranquila, menos agobiada, a gusto, paciente".

Del grupo de los trastornos afectivos, "ayudar a contener algunos momentos de tristeza, rabia y ansiedad", "conocer una forma de intentar sentirse bien", "bien pero mi fallo ha sido de que me duermo y no me relajo, pero a veces sí me he relajado y no me he dormido. En casa si me he relajado y la respiración me ha ido bien. En casa me concentro mejor hay más silencio, aunque al final acabo durmiéndome". Del grupo de los trastornos psicóticos; "espacio para la tranquilidad y la concentración", "disminución de la ansiedad del día a día", "en la mayoría de las veces me ayuda", "descanso, relajación, como dormida, calmada", "días relajada como dormida (la mayoría de días) pero había días que no me he relajado tanto como cuando no estaba preocupada, inquieta y un poco con ansiedad. En general diría que me ha ayudado".

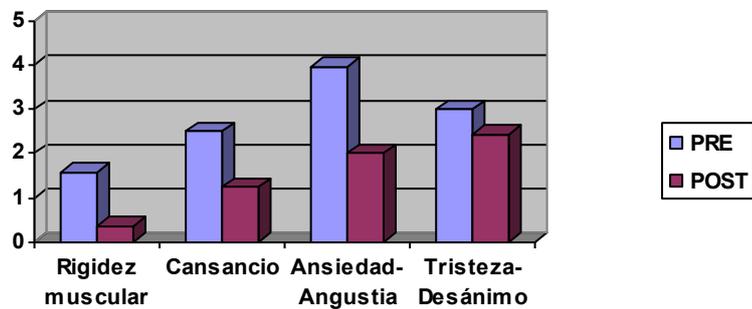
En la última sesión de relajación, la que completa el entrenamiento, les pido que valoren de cero a cinco, siendo el cero la ausencia de y el cinco lo máximo los siguientes ítems: rigidez muscular, cansancio, ansiedad-angustia y tristeza-desánimo. La valoración de estos parámetros la realizan antes de comenzar la sesión y de nuevo una vez que finaliza. Los pacientes con diagnóstico de

psicosis estaban presentes en ambos grupos de relajación y son curiosamente los que muestran los resultados más reveladores.

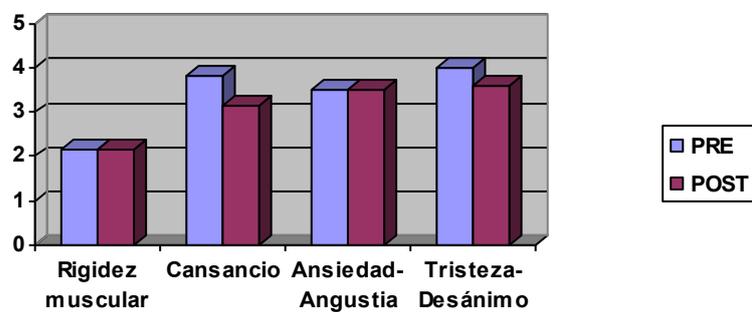
Trastornos de la personalidad



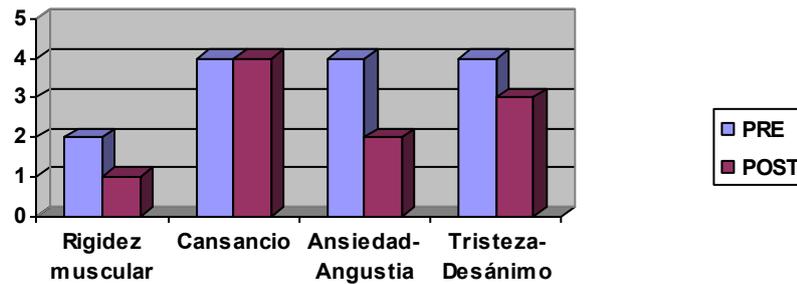
Esquizofrenias



Trastornos afectivos



Trastornos neuróticos



3. Valoración de sensaciones según grupo diagnóstico

Otro dato que pudimos recoger del grupo de relajación de los lunes, gracias a la entrada de un residente de enfermería al grupo, fue la frecuencia respiratoria de cada uno durante los cinco primeros y últimos minutos de la sesión. Encontramos que ninguno de los pacientes aumentó su frecuencia respiratoria, tres de ellos no la variaron y cinco la disminuyeron entre dos y cuatro respiraciones por minuto.

DISCUSIÓN

Sobre todo, me gustaría enfatizar que cuando me decidí a utilizar esta técnica de relajación, y tras una revisión bibliográfica que se debate entre la recomendación o no de la técnica, lo más habitual era encontrar los beneficios que relacionan el entrenamiento autógeno con ciertos síntomas o grupos de síntomas ⁽¹³⁾ como el tratamiento de la ira, el estrés o ansiedad ⁽¹⁴⁾. En cuanto a la patología psiquiátrica grave, hay autores que defienden la aplicación de la relajación autógena, como el mismo Schultz para cualquier tipo de condición ⁽⁵⁾, otros que hablan de la falta de optimismo ⁽¹⁵⁾ y los más detractores que desaconsejan el uso de la técnica especificando por ejemplo que “podría no ser adecuada para quienes sufren enfermedad mental grave. En particular son desaconsejables para personas que tienen dificultad en discernir la fantasía de la realidad y los que sufren alucinaciones” ⁽¹⁴⁾.

En el único estudio publicado sobre relajación autógena en pacientes esquizofrénicos la conclusión final es que es necesaria más investigación sobre la utilización de este método con este tipo de pacientes ⁽³⁾. En los grupos de relajación del HD los pacientes verbalizan el beneficio de la técnica en su vida diaria, tal cual se detalla en el apartado anterior. En cuanto a la valoración de los parámetros de rigidez muscular, cansancio, ansiedad-angustia y tristeza-desánimo, únicamente el grupo de trastornos de la personalidad aumenta en cansancio y tristeza-desánimo tras la sesión. El grupo de trastornos afectivos no varía en rigidez muscular y ansiedad-angustia como tampoco lo hace el grupo de trastornos neuróticos en cansancio en medidas pre-post. El resto de parámetros descienden en los grupos diagnósticos después de la sesión de relajación y es el grupo de las esquizofrenias el que lo hace en los cuatro ítems evaluados con una diferencia entre ambas mediciones más significativa.

CONCLUSIÓN

Como conclusión y para finalizar me gustaría transmitir que mi experiencia con el método de relajación autógena y su entrenamiento con pacientes diagnosticados de patología mental grave y severa ha resultado ser muy positiva, encontrando que la relajación autógena es un método no solamente seguro, sino también beneficioso para este tipo de pacientes. Tras la finalización del entrenamiento he podido constatar un cambio positivo en rigidez muscular, cansancio, ansiedad-angustia y tristeza-desánimo, sobretodo el grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes. No obstante, esta afirmación tiene en cuenta que las sesiones incluyeron una adaptación importante al método, esto es, el entrenamiento únicamente de los dos primeros ejercicios de grado inferior; vivencia de peso y calor.

Bibliografía

1. Sapir M, Reverchon F, Prévost J-J, Canet-Palaysi C, Philibert R, Cornier A, Cohen-Léon S, Fédida P. Técnicas de relajación y psicoanálisis. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 1981.
2. World Health Organisation [sede web]. Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10 Revision (ICD-10) Version for 2010. Chapter V. Mental and Behavioural Disorders (F00-F99). Ginebra; 1992 [acceso el 18 de junio de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>
3. Linden W. Autogenic Training. A clinical guide. New York: The Guilford Press; 1990.
4. Bernstein DA, Borkovec TD. Entrenamiento en relajación progresiva. Un manual para terapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.; 1983.
5. Schultz JH. El Entrenamiento autógeno. Autorrelajación concentrativa. 12ª ed. Barcelona: Científico-Médica; 1969.
6. Lehrer PM, Woolfolk RL, Sime WE. Principles and practice of stress management. 3ª ed. New York: The Guilford Press; 2007.
7. Calle R. El libro de la relajación. Madrid: Ediciones Librería Argentina; 2005.
8. Smith JC. Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.; 1992.
9. Smith JC. Entrenamiento ABC en relajación. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
10. Herrero E. Entrenamiento en Relajación Creativa. 11ª ed. Madrid: Herederos del autor; 2004.
11. Pintanel M. Técnicas de Relajación Creativa y Emocional. Madrid: Thomson; 2005.
12. Cautela JR, Groden J. Técnicas de relajación. Para adultos, niños y educación especial. Madrid: Martínez Roca; 2002
13. Sutcliffe J. El libro completo de la relajación y sus técnicas. Barcelona: Hispano Europea; 1991.
14. Payne RA. Técnicas de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud. 5ª ed. Barcelona: Paidotribo; 2009.
15. Amutio Kareaga A. Nuevas perspectivas sobre la relajación. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.