

EMPODERAMIENTO, TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD MENTAL

EMPOWERMENT, OCCUPATIONAL THERAPY AND MENTAL HEALTH

Palabras clave empoderamiento

Keyword empowerment

DeCS centros de rehabilitación, salud mental, terapia ocupacional.

MeSH mental health, occupational therapy, rehabilitation center.



Autor:

D. Guillermo Domene Navarro.

Terapeuta Ocupacional en Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Caudete.

E-Mail: guirox@hotmail.com

Como citar este documento:

Domene Navarro G. Intervención sobre la autonomía personal en el trastorno mental grave: un caso clínico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 12(22): [22 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso1.pdf>

Texto Recibido: 30/09/2015

Texto Aceptado: 25/10/2015

Texto Publicado: 30/11/2015

Introducción

A lo largo de la historia de las ciencias de la salud, el paciente ha ido sufriendo diferentes cambios respecto a su situación en la toma de decisiones que conciernen a sus estados de salud, bien por inercia, bien por desconocimiento, o por necesidad. Hasta hace unos años era la opinión del profesional de la salud la que prevalecía en la toma de decisiones. Pero de un tiempo a esta parte se ha puesto en tela de juicio estas prácticas, dándole cada vez más protagonismo a la autonomía de elección del paciente en todas sus situaciones, devolviéndoles el deber y derecho a decidir (empoderándolos).

La autonomía del paciente surge como manifestación de la libertad humana ⁽¹⁾ y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona, y ha ido evolucionando legislativamente en las últimas décadas. Esto se plasma en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre EDL ⁽²⁾ (1948/48). En el ámbito de la salud

RESUMEN

Introducción en este caso clínico se pretende mostrar en primer lugar en que consiste el empoderamiento y la importancia que tiene dentro del proceso rehabilitador de un paciente con enfermedad mental cuando trabajamos con él desde la terapia ocupacional en un centro de rehabilitación psicosocial y laboral.

Metodología veremos como se evalúa a un paciente de salud mental en un centro de rehabilitación psicosocial y laboral además analizaremos que momentos serán más propicios para empoderarlo, para acabar viendo si ha sido posible trabajar el empoderamiento con este paciente.

Conclusión determinaremos la importancia de todos los factores implicados en la rehabilitación del paciente para que este consiga su mayor autonomía, además de proveerlo de herramientas que favorezcan su empoderamiento. El empoderamiento no es un objetivo que se alcanzará sino que se seguirá trabajando a lo largo de la vida. El empoderamiento no es un destino sino un camino.

SUMMARY

Introduction in this clinical case intends to show in the first place is the empowerment and the importance that has restored patient with mental illness process when we work with him from occupational therapy in psychological rehabilitation center and labor.

Methodology we will see as a mental health patient is evaluated in a center of psychological and labor rehabilitation also we will analyze that moments will more propitious to empower, to end up by seeing in the empowerment has been possible to work with this patient.

Conclusion we will determine the importance of all the factors involved in the rehabilitation of the patient to get this greater autonomy. Provide tools that promote their empowerment. Empowerment is not a goal that will be achieved but will continue to work throughout their lives. Empowerment is not a destination it is a waylife.

el derecho a decidir libremente fue incorporado a la ley General de Sanidad ⁽³⁾ (EDL 1986/10228) otorgando un ámbito de libertad que abre al paciente un conjunto de derechos.

La Ley General de Sanidad EDL 1986/10228, es la base para una regulación en la ley 41/2002 de 14 de noviembre ⁽⁴⁾, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica EDL 2002/44837.

Esta ley refuerza y da trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

Los principios básicos en los que se asienta esta regulación se resumen en:

La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad. Toda actuación requiere, con carácter general, el previo consentimiento del paciente que debe obtenerse tras recibir una información adecuada y por escrito. El paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento lo cual debe constar por escrito. El usuario tiene el deber de facilitar los datos sobre su estado de salud de manera leal y verdadera. El profesional de la salud está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, así como cumplimiento de los deberes y la información y de documentación clínica, y respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. La persona que

tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Uno de los pilares básicos es el consentimiento informado, este supone, la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifiesta en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada (Artículo 3 Ley 41/2002, EDL 2002/44837) ⁽⁴⁾. El consentimiento debe ser libre y voluntario, tras la valoración de las opciones que ofrece el caso.

En el presente artículo hablaremos sobre cómo está evolucionando en el rol del paciente para decidir sobre su salud, y así empoderarse, concretamente en un paciente de salud mental, desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional.

El empoderamiento se puede definir ⁽⁵⁾ como el proceso que se debe dar en una persona para que esta sea consciente, capaz y consecuente con sus actos y que además éstos tengan un objetivo claro para mejorar o solucionar una situación. Es el proceso por el que una persona en una situación de dificultad por cualquier circunstancia, se apropia de las decisiones de su vida de forma positiva.

Existen dos tipos de empoderamiento: ⁽⁶⁾

- Individual, el cual implica que las personas elevan su nivel de confianza, autoestima y capacidad para responder a sus propias necesidades, es decir, la persona logra empoderar su vida teniendo un control total de sus acciones.

- Comunitario o colectivo, la finalidad del cual es conseguir mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo este un objetivo importante de la acción comunitaria para la salud.

Existen distintas concepciones sobre el empoderamiento según la fuente consultada, a continuación detallo aquellas que pueden ser más interesantes: según el diccionario panhispánico de dudas ⁽⁷⁾, empoderar es conceder poder (a un colectivo desfavorecido) para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida.

El trabajo del educador brasileño Paulo Freire ⁽⁵⁾ en la educación popular en los años 60 y el enfoque participativo en los años 70, se basa en un proceso de reeducación de la vulnerabilidad e incremento de las propias capacidades. Freire trabajaba con sectores marginados y pobres, con estos métodos favorecía el empoderamiento.

Por su parte, Fischer y Hotchinkiss ⁽⁸⁾ entienden que empoderando al individuo éste mejorará su independencia y aumentará su autoestima, llevando al individuo a comportamientos saludables y productivos lo cual aumentará el bienestar y el sentimiento de autorrealización.

En 1985, Dawn ⁽⁵⁾ tenía un enfoque feminista del empoderamiento. El empoderamiento de las mujeres incluye tanto el cambio individual como la acción colectiva, e implica la alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género.

Una de las definiciones que nos dan los autores Kenneth Blanchard, John P Carlos & Alan Randolph se encuentra en su libro "Empowerment: requiere más de un minuto" (1997); en él se habla del empoderamiento como un proceso multidimensional de carácter social en donde el liderazgo, la comunicación y los grupos autodirigidos, reemplazan la estructura piramidal mecanicista por una estructura más horizontal. La participación de todos y cada uno de los individuos dentro de un sistema hace que formen parte activa del control del mismo con el fin de fomentar la riqueza y el potencial del capital humano, que posteriormente se verá reflejado no solo en el individuo sino también en la comunidad en la cual se desempeña.

Friedman ⁽⁹⁾ (1992), daba un enfoque de acción humanitaria a la definición; además de clasificarlo en 3 apartados.

- a) Social, entendido como el acceso a la base de riqueza productiva.
- b) Político, acceso de los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo aquellos que afectan a su futuro.
- c) Psicológico, entendido en el sentido de potencialidad y capacidad individual.

Naresh y Vangik ⁽⁵⁾, relacionan empoderamiento y desarrollo humano, entendido el empoderamiento como un incremento de las capacidades de las personas.

Keller y Mbewe en Moser ⁽⁵⁾ (1991), definen el empoderamiento como el proceso mediante el cual las personas llegan a ser capaces de organizarse para aumentar su propia autonomía, para hacer valer su derecho independiente a tomar decisiones y a controlar los recursos que les ayudarán a cuestionar y a eliminar su propia subordinación.

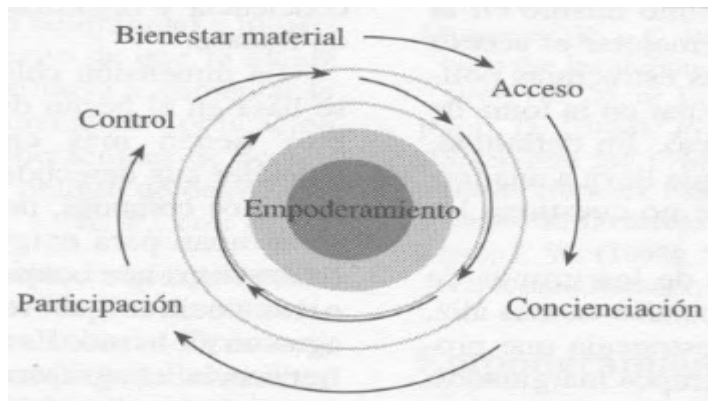
Es Rowlands en 1997 ⁽¹⁰⁾, quién señala 3 dimensiones de empoderamiento;

- a) Personal, confianza y capacidad individual.
- b) Relaciones próximas, influencia en las relaciones y las decisiones.
- c) Colectiva, participación en las estructuras políticas y acción política.

Es muy interesante el esquema del ciclo del empoderamiento que elaboran las autoras Langwe y Clarke ⁽¹¹⁾ (1994). Está elaborado en un marco analítico denominado marco de igualdad y empoderamiento de las mujeres, el cual establece 5 niveles de igualdad. Pero este marco se puede extrapolar a individuos en situaciones de desventaja.

Langwe y Clarke plantean que existe una relación dinámica y sinérgica entre los niveles, de modo que se refuerzan mutuamente.

Bienestar material- Acceso- Concienciación- Participación- Control.



Longwe y Clarke. (1992)

IMPORTANCIA, CONTEXTO Y SITUACIONES EN LAS QUE SE APLICA EL EMPODERAMIENTO

Existen estructuras que impiden que ciertas personas o colectivos se

encuentren en situación de igualdad respecto al resto de su entorno, de ahí la importancia del empoderamiento, ya que éste tiene aplicación en momentos de desigualdad, inaccesibilidad a recursos, barreras en las tomas de decisiones o falta de habilidades personales o sociales.

La importancia del empoderamiento radica en que se da siempre que una persona debe superar algún tipo de barrera, del tipo que sea, por lo que el individuo se encontrará en una situación de desventaja o ante un obstáculo. Ahí deberá surgir el empoderamiento para que la persona sea capaz de superar esta situación con habilidades por sí sola o con ayuda, pero bajo su elección.

LEGISLACIÓN.

Dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye una declaración de empoderamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El documento que incluye esta declaración se denomina Empoderamiento del Usuario de Salud Mental – Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS. ⁽¹²⁾

La Declaración de Alma – Ata ⁽¹³⁾ y La Carta de Ottawa ⁽¹⁴⁾ para la Promoción de la Salud, reconocen la importancia del empoderamiento para la prevención y la

promoción de la salud. Uno de los puntos clave para la guía de actuaciones que aparecen en la Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, establece que "las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, para interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en las gestión de la enfermedad". La declaración de Salud Mental de Europa ⁽¹⁴⁾, el Plan de Acción en Salud Mental en Europa ⁽¹³⁾ y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar ⁽¹⁵⁾, reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de Salud Mental y de sus cuidadores es prioritario en las próximas décadas.

Se han elaborado cinco niveles de acciones para empoderar a los usuarios de Salud Mental, que se exponen a continuación. ⁽¹²⁾

- 1-Protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios y lucha contra el estigma y la discriminación.
- 2-Garantizar unos cuidados de alta calidad y la responsabilidad de los servicios.
- 3-Acceso a la información y a los recursos.
- 4-Inclusión en la toma de decisiones.
- 5-Disponer de capacidad de organización en el ámbito local para reclamar ante las instituciones y las estructuras gubernamentales.

En este sentido, las acciones recomendadas irán encaminadas al nivel social y estructural, la provisión y desarrollo de servicios, la educación y formación de profesionales, cuidadores y la misma comunidad, y por último los aspectos individuales de cada paciente.

La OMS acepta la responsabilidad de defender estas iniciativas y desarrollará indicadores para dirigir este proceso. Estas actuaciones se llevarán adelante en colaboración con la Dirección General de Sanidad y Consumidores de la Comisión Europea. ⁽¹²⁾

EL PACIENTE DE SALUD MENTAL EN TERAPIA OCUPACIONAL.

El empoderamiento, como hemos visto, es una herramienta necesaria en todo paciente. Pero por sus condiciones y cualidad, quizá el paciente de salud mental tenga ciertas dificultades añadidas. Analizaremos en los siguientes párrafos al paciente de salud mental en el contexto de la Terapia Ocupacional.

Empezamos con la definición de personas con enfermedad mental de Goldman et al (1981) ⁽¹⁶⁾, como personas que sufren diversos trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenia, trastornos maníacos-depresivos y depresión grave, otras psicosis, etc.) que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a diversos aspectos de la vida diaria tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, actividades recreativas, actividades laborales, etc. Y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Muchas de estas personas han requerido asistencia institucional, bien durante periodos prolongados de tiempo o a través de una o más hospitalizaciones de breve duración; otros nunca han sido internados y están recibiendo tratamiento en servicios médicos o de salud mental comunitarios; por último, algunos a pesar de su problemática, no reciben tratamiento ni atención profesional de ningún tipo.

Según el Modelo de Recuperación (Lieberman, Anthony, Forkas) ⁽¹⁷⁾, verse libre de los síntomas no capacita automáticamente a las personas para recuperar el control de sus vidas y hacer las cosas que quieren hacer. En el tiempo que se necesita para que los síntomas de una persona disminuyan, no es raro que dicha persona haya perdido las cosas que más valora en su vida: trabajo, casa, actividades de ocio, amigos y socios. También ocurre que un gran número de personas permanecen excluidas de las oportunidades que buscan por causa de su historial de problemas de salud mental; la opinión popular de que un esquizofrénico siempre es un esquizofrénico predomina sobre cualquier cosa.

Dos de los componentes esenciales del proceso de recuperación son encontrar una nueva entidad que incluya el proceso de enfermedad desde una perspectiva integrada y no limitante, y la construcción de una vida con sentido, "dedicarse a vivir" (Andersen y Cols, 2003).⁽¹⁸⁾

Las personas con enfermedad mental susceptibles de ser atendidas en los centros de rehabilitación psicosocial, en términos generales, cumplen los siguientes criterios de admisión.⁽¹⁹⁾

- Presentar una enfermedad mental grave o con deterioro en su función psicosocial.
- Estar siendo atendido por Unidad de Salud Mental de Referencia.
- Tener entre 18-65 años.
- Vivir dentro del territorio delimitado del área de salud.
- Situación Psicopatológica estabilizada.
- Ausencia de conductas auto o heteroagresivas peligrosas.
- No presentar procesos orgánicos cerebrales progresivos que impidan el trabajo de rehabilitación.

Si se cumplen los criterios anteriores, también se habrá de evaluar el consumo de sustancias, analizando;

- a) La dependencia, teniendo que realizar un tratamiento previo desintoxicación.
- b) El abuso grave de sustancias, teniendo que estar recibiendo tratamiento especializado al uso.

¿Qué son los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL)?⁽²⁰⁾ Son Centros sociales especializados de carácter ambulatorio de atención a las personas con trastorno mental grave (TMG) en el que se realizan programas individualizados de rehabilitación, así como actividades de apoyo a la integración comunitaria. A diferencia de otras Comunidades Autónomas, en Castilla La Mancha el modelo de centro de rehabilitación de carácter

ambulatorio es específico, pues integra las características y carteras de servicios de los dispositivos tipo "Centros de Rehabilitación Laboral" y de "Centros de Día", atendiendo así a personas con TMG (trastorno mental grave) con diferentes perfiles y necesidades asistenciales (laborales y formativas, de soporte, psicosociales, y de integración comunitaria).

Las áreas de intervención del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral son:

- Rehabilitación psicosocial; autocuidados, actividades de la vida diaria, psicomotricidad, psicoeducación, autocontrol y afrontamiento del estrés, habilidades sociales, déficits cognitivos, ocio y tiempo, integración comunitaria, apoyo a la integración social.
- Rehabilitación Laboral; Evaluación funcional vocacional-laboral, orientación vocacional, entrenamiento en hábitos prelaborales, apoyo a la formación ocupacional profesional, habilidades de búsqueda de empleo, apoyo a la búsqueda activa de empleo.
- Actividades de apoyo y Soporte social.
- Seguimiento y apoyo comunitario.
- Apoyo a las familias.
- Contacto y coordinación con el entorno social y laboral.
- Coordinación y apoyo a otros recursos.

Se han citado los requisitos y competencias que debe cumplir un individuo para llegar derivado a un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Ahora bien, ¿Cómo llega un paciente de Salud mental a Terapia ocupacional? O bien desde su Unidad de Salud Mental de Referencia se ha planteado objetivos en el área de Terapia ocupacional, o bien si desde el CRPSL al evaluar al paciente se encuentran déficits en las diferentes áreas que abarca el terapeuta ocupacional.

La terapia Ocupacional tiene entre sus premisas básicas fomentar la autonomía⁽²¹⁾ y la autodeterminación para ello el terapeuta ocupacional debe promocionar estrategias, destrezas y habilidades que permitan al paciente adecuar su

funcionamiento ocupacional a sus propias necesidades y a los requerimientos del entorno. Es decir, el terapeuta ocupacional, trata de maximizar la independencia del individuo, de manera que puedan aprovechar su capacidad rehabilitar sus disfunciones, compensando sus ocupaciones y adaptando su entorno para intentar la mayor autonomía posible.

METODOLOGÍA

Acogida

En la fase de acogida se trabajará para asegurar un adecuado enganche rehabilitador de los usuarios desarrollando las actividades que resulten pertinentes, buscando siempre su progresiva implicación y participación activa en su propio proceso de rehabilitación. Tiene una duración variable en función del usuario.

Evaluación

La evaluación inicial

La recopilación de datos para el proceso de evaluación inicial ⁽¹⁹⁾ se realiza a través de análisis de fuentes indirectas (informes previos, informe derivación), y a través de fuentes directas (entrevistas con la persona y su red primaria, observación del desempeño, cuestionarios).

La evaluación será funcional, conductual y social lo que nos permitirá conocer las características y habilidades del usuario en las diferentes áreas de funcionamiento personal, social y laboral, así como sus demandas, objetivos y expectativas; así mismo, se tratará de conocer las características, posibilidades, exigencias y demandas de su medio familiar y social.

La evaluación atenderá a una serie de áreas que permiten delimitar los diferentes factores o variables implicados en la posterior intervención, aún cuando todos ellos deberán integrarse en el plan individualizado de rehabilitación. Estas áreas son: aspectos clínicos, autocuidados, autonomía

personal y social, integración social, aspectos cognitivos, autocontrol, habilidades sociales, medicación y tratamiento, familia, historia laboral, motivación laboral, adaptación al ambiente laboral y preferencias, habilidades y conocimientos en la búsqueda de empleo.

Es fundamental la evaluación continua tanto de la efectividad de los programas como del ambiente en el cual se desarrollan, valorando tanto la adecuación de objetivos de rehabilitación, como la adecuación a los casos particulares.

Los instrumentos y recursos para la evaluación de usuarios y familiares se estructuran dentro del proceso de evaluación, el cual incluirá diferentes procedimientos como entrevistas semi-estructuradas, observación, escalas, test y cuestionarios.

La evaluación es multidisciplinar, en ella participan trabajador social, terapeuta ocupacional, educador y psicólogo.

La evaluación concluye con el diseño del plan de rehabilitación donde quedan enmarcadas las necesidades, objetivos y actividades.

La propuesta de plan individualizado de rehabilitación (PIR), irá consensuada con el usuario y su familia. En el PIR se marcarán los objetivos a alcanzar en cada área de funcionamiento y las actividades necesarias para su consecución. Este plan deberá realizarse por escrito. El PIR nos permite saber en cada momento que hacer y por qué, ajustándose a la problemática y contexto particular de cada sujeto y a los objetivos programados.

Intervención

La fase de intervención se desarrollará a través de tutorías, grupos, atenciones individuales, talleres ocupacionales y prelaborales.

Seguimiento.

Una vez alcanzados los objetivos definidos en el plan de rehabilitación y encaminada ésta hacia la reinserción, se articula un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos, mediante contactos periódicos a través de citas programadas, visitas domiciliarias o contactos telefónicos. Además se articulará el proceso de separación progresiva si tuviera que darse.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes ni intervenciones quirúrgicas. Hijo único. Como antecedentes familiares no existe patología orgánica relevante. Un tío de su padre, ya fallecido, estuvo interno por esquizofrenia (sin filiar). Abuelos fallecidos. Residente en una localidad de menos de quince mil habitantes, a cincuenta kilómetros de la ciudad más cercana. No existen antecedentes psicopatológicos durante la infancia. Escolarización sin incidencias, acorde a su edad con rendimiento escolar suficiente. Núcleo familiar únicamente con sus padres. Dos hermanos de su padre viven en la misma localidad, uno es soltero y el otro tiene dos hijos y está divorciado. La madre es hija única. El padre del paciente trabaja en una planta de reciclaje de vidrio y su madre es dependiente en una tienda de bisutería.

Tras una etapa prepuberal normal comienzan a observarse, a la edad de 15 años, comportamientos de aislamiento social, que le llevan, cada vez más, a pasar mucho tiempo en su habitación con el ordenador. Hasta ese momento tenía un nivel premórbido acorde a su edad. A los 16 años elige matricularse en módulo de Formación Profesional, en Administración y Gestión, en el cual se matricula pero nunca llega a cursar. Tiene un círculo social establecido de amigos, dentro del cual estaba bien visto el consumo de hachís y marihuana. No establece relaciones íntimas ni inicia vida sexual activa.

Durante los siguientes dos años asiste al gimnasio con algún amigo realizando ejercicios de musculación sin ningún tipo de supervisión profesional o entrenamiento. Los fines de semana suele pasarlos dentro de un local privado que comparte con sus amigos, siendo las actividades más reseñadas jugar a la consola y fumar marihuana. No estudia ni trabaja.

A los 19 años se acusa su retraimiento en casa, deja de salir con amigos, abandona el gimnasio, y según manifiesta la familia todos sus contactos son a través del ordenador. Acude eventualmente a comidas familiares pero sin establecer lazos estrechos. Conducta evitativa con sus familiares de primer grado, con conversación superficial y tangencial rehusando salir de su cuarto primero para establecer relación familiar y posteriormente para las comidas y las cenas. Actitud progresivamente más heteroagresiva verbalmente hacia sus padres en situaciones de confrontación. Los padres disculpan las ausencias de su hijo en comidas familiares o eventos sociales achacándolo a "cosas de la adolescencia". Labores domésticas cubiertas por la madre. El padre niega ningún indicio de patología.

Habiéndose cumplido varios meses en esta situación agravada, sus padres comienzan a preocuparse, por lo que consultan información en internet, acudiendo en última instancia a los servicios sociales de la localidad donde recomiendan que sea valorado en Unidad de Salud Mental. Desde psiquiatría, al cabo de varias visitas, se valora derivación a CRPSL bajo el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y en tratamiento con psicofármaco depot.

A continuación se expone las conclusiones de la evaluación del paciente.

Los principales síntomas del cuadro psicótico que presenta este paciente son: el aislamiento y la susceptibilidad social.

En Autocuidados: aseo personal abandonado, ducha con una frecuencia quincenal, afeitado al mismo tiempo. Cambio de ropa cuando se ducha.

Autonomía personal: se aprecia capacidad en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria pero no las realiza. En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria no tiene oportunidad de realizarlas por sobreprotección de la madre.

Integración social: en este momento no dispone de mayor red que la que le proporciona su familia en casa, y la que le proporciona sus contactos en internet.

Aspectos cognitivos: leve problema de atención que tiene que ver con la falta de disciplina de horarios y organización de tareas.

Autocontrol: no hace frente a sus problemas. Su solución es evitativa, retrotrayéndose aún más.

Habilidades Sociales: introvertido y tímido. Ha perdido el contacto con sus círculos.

Medicación: risperdal inyectable (antipsicótico).

Familia: exceso de sobreprotección por parte de la madre y criticismo por parte del padre.

Historia Laboral: formación graduado escolar, se matriculó en un módulo de Formación Profesional de Grado Medio pero no llegó a comenzar.

Motivación Laboral: en estos momentos ninguna.

Preferencias: el día de mañana no se plantea nada, y si lo plantea es con algún trabajo que sea en una oficina con un ordenador.

Habilidades para la búsqueda de empleo: no las ha utilizado nunca, por lo que no se sabe.

Objetivos

Tras terminar la recogida de información, se llevará a cabo una reunión de equipo denominada "junta de evaluación", en la que todos los profesionales del centro de rehabilitación, de forma conjunta, elaborarán una propuesta de intervención consensuada con el usuario y la familia, constituyendo el plan individualizado de rehabilitación (PIR) ⁽¹⁶⁾, en el cual se marcarán los objetivos a alcanzar en cada área de funcionamiento y las actividades necesarias para su consecución.

La rehabilitación psicosocial ⁽¹⁶⁾ precisa de actuaciones sistemáticas y coordinadas, requiere de un proceso muy programado, en donde cada acción, cada programa de entrenamiento, cada recurso, estén organizados y estructurados como pasos de este proceso.

Para resumir, al establecer los objetivos se define el objetivo a trabajar, acciones para trabajarlo y profesionales o programas del centro de rehabilitación que harán que se lleve a cabo este objetivo.

A continuación se citan los principales objetivos del caso clínico.

Actividades de la Vida Diaria: trabajo en conjunto con la familia para comenzar a realizar las actividades de autocuidado mínimas establecidas, además de que se le dé la oportunidad de realizar las actividades domésticas de su entorno mediante atenciones domiciliarias.

Integración social: debido a la susceptibilidad social el círculo de relaciones sociales es pobre, realizar un seguimiento de su participación en el taller de integración comunitaria donde tendrá la oportunidad de participar junto a un grupo reducido de compañeros. Además de ofrecer toda la red de recursos

comunitarios que le ofrece la localidad (gimnasio, universidad popular, asociación de vecinos, etc.).

Autocontrol y habilidades sociales: asistencia al taller de habilidades sociales y autocontrol, así como atenciones individuales para la mejora de su falta de herramientas para hacer frente a las situaciones cotidianas, que le ocasionan críticas por parte de su padre. Y transmitir a la madre su oportunidad de cuidar de su espacio sin que esto suponga un motivo de estrés para ambos.

Empleo: establecer una agenda laboral, comenzando con la motivación laboral, para así posteriormente establecer sus preferencias laborales, ya sea mediante formación laboral o incorporación al mundo laboral. Se ha realizado una reorientación laboral, y al conocer sus preferencias reales, se ha matriculado en el grado medio de Formación Profesional "Sistemas microinformáticos y redes".

PREGUNTA PARA EL LECTOR

¿Se puede trabajar el empoderamiento en pacientes con enfermedad mental?

¿Qué medidas se pueden adoptar para asegurar el empoderamiento?

¿Es posible medir su nivel de empoderamiento?

¿Cuándo decimos que un paciente está empoderado?

RESPUESTA

¿Se puede trabajar el empoderamiento en pacientes con enfermedad mental?

¿Qué medidas se pueden adoptar para asegurar el empoderamiento?

¿Es posible medir su nivel de empoderamiento?

¿Cuándo decimos que un paciente está empoderado?

Para responder a estas preguntas, en primer lugar no debemos ceñirnos a las respuestas y datos que nos aportará una evaluación estandarizada, sino que tendremos que medir, ya sea mediante un análisis DAFO (análisis de características internas y externas, para conocer su situación real y establecer futuras líneas de actuación), o una investigación del sistema familiar y entorno, u otras. Para poder determinar, el grado de implicación, oportunidad, elección, capacidad, sobreprotección que el paciente tiene en su vida diaria y como éste le afecta a su empoderamiento ya sea para mal o para bien, y de aquí determinaremos los objetivos que nos lleven a maximizar su independencia funcional, teniendo en cuenta el grado de implicación y elección que trabajaremos, para que sea intrínseco en la persona y así tenga un mayor empoderamiento.

Para trabajar el empoderamiento podemos hacerlo de varias maneras, mediante una agenda de empoderamiento, facilitando la oportunidad de realizar actividades, capacitando al paciente para realizar aquellas actividades que se desean, muy importante la predisposición del paciente a la rehabilitación.

En la firma del acuerdo consensuado de Plan Individualizado de Rehabilitación es un momento en el cual el empoderamiento debe ser clave para el trabajo de los objetivos y motivaciones rehabilitadoras del paciente.

Muy importante es la concienciación y psicoeducación de la familia, que será imprescindible para mejorar la toma de decisiones, oportunidades, etc., y así conseguir un trabajo activo de la responsabilidad.

Se debe realizar un *feedback* constante, o reevaluación de la situación del paciente continuado y periódico para valorar mejoras, problemas o estancamientos en el trabajo con el paciente. Si el paciente ve mejoras esto hará que consiga una mayor autoestima y reconocimiento, lo que producirá que el paciente quiera aumentar su toma de decisiones. Un buen autoconcepto nos lleva a una buena autoeficacia, y esta a una buena autoestima, y viceversa.

Como bien dice el documento de la OMS, el empoderamiento no es un destino, sino un camino ⁽¹²⁾. Podemos trabajar para llegar a él, pero una vez empoderados se debe seguir constantes en la toma de decisiones, responsabilidades ante ellas o implicación en las consecuencias, por lo que es más un camino que un objetivo que se alcanza en un momento concreto.

CONCLUSIONES

El Empoderamiento es la capacidad de la persona de hacerse cargo de sus decisiones y responsabilizarse de sus acciones. Bajo el punto de vista de la rehabilitación y en concreto desde la terapia ocupacional es de vital importancia, ya que nos proporcionará el poder alcanzar los objetivos que planteemos en la rehabilitación y su continuidad a lo largo del tiempo, llegando a alcanzar la máxima autonomía posible dentro de las capacidades propias de cada paciente.

Hemos visto la importancia que tiene el Empoderamiento en el proceso rehabilitador de un paciente, pero también los problemas que tiene la aplicación del mismo en el paciente de salud mental debido a las necesidades especiales que este tiene. Estas necesidades especiales harán que sea necesario adaptar el proceso con el fin de que el paciente con enfermedad mental adquiera el mayor Empoderamiento posible dentro de sus características.

Es de gran importancia la valoración por parte de todos los agentes implicados en la rehabilitación psicosocial y laboral del paciente: unidad de salud mental, atención primaria, equipo profesional de centro psicosocial y laboral, y como no, la familia; así como la supervisión de todos los momentos en que se produce un cambio o se llega a un objetivo concreto, para que de esta manera el paciente llegue a ser lo mas independiente posible. Y además, gracias al trabajo que hacemos empoderándolo, sea lo mas consciente posible de sus decisiones y tenga mayor responsabilidad sobre su vida.

El Empoderamiento nunca dejaremos de trabajarlo, ya que es un camino que debemos mantener en el tiempo, no es algo que alcancemos en un punto en concreto de nuestra vida o del proceso de rehabilitación.

Bibliografía

1. Sangüeso Cabezudo AM. Autonomía del paciente. Consentimiento Informado. Rev Jurisp. 2012; 1:1-4.
2. EDL 1948/48 Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la 183ª Asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948.
3. EDL 1986/10228 Jefatura del Estado. Ley 14/1986 de 25 Abril, General de Sanidad. BOE 101/1986, de 29 Abril de 1986, Ref Boletín: 86/10499.
4. EDL 2002/44837 Jefatura del Estado. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274/2002, de 15 de noviembre de 2002 Ref Boletín 02/22188.
5. Murguialday C, Pérez de Armiño K, Eizagirre M. Empoderamiento. En www.bantaba.ehu.es [Internet], 2005. [Consultado el día 15 de Julio 2015], disponible en www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/86caso1.docx
6. Martínez Solimán M. Propuestas para el diseño de Cursos y acciones formativas en liderazgo y dirección para mujeres con enfoque de género. Proyecto Equal I.O. Metal. Acción 3. Valencia: Agrupación para la Igualdad en el Metal; 2004.
7. Real Academia de la lengua española, Asociación de academias de la lengua española. Diccionario Panhispánico de dudas (DPD). 1ª Edición . 2005.
8. Fischer G, Hotchkiss A. Un modelo de empoderamiento ocupacional para poblaciones marginales en ambientes comunitarios. Occup. Ther. Health Care, v.22, n.1, 2008.
9. Friedman J. Empowerment. The politics of alternative development, Blackwell Ed, Massachusetts. 1992.
10. Rowlands J, Questioning Empowerment. Oxford: Oxfam Publishing ; 1997.
11. Longwe SH, Clarke R. Women's equality and empowerment framework, Nueva York: Unicef; 1994.
12. Organización Mundial de la Salud. Empoderamiento del usuario de salud mental. Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS. Ginebra: OMS; 2010.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primera de Salud. URSS; OMS: 1978.
14. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. 1ª Conferencia Internacional para la promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986.
15. World Health Organization. The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO; 2006.
16. Fundación Socio sanitaria de Castilla-La Mancha, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral – Protocolo de Evaluación usuario. Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y laboral. Toledo; Fundación Socio sanitaria de Castilla la Mancha: 2004.
17. Madrid Mazorra F J. Rehabilitación Psicosocial y terapia ocupacional: Una nueva visión desde el modelo de la ocupación humana. En www.terapia-ocupacional.com [Internet], mayo 2004 [Consultado el día 20 agosto 2015], disponible en www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtmlcaso1.docx
18. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde M A et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª Edición. [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [Internet]. 2010 [Consultado el día 22 agosto 2015]; disponible en www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice Framework: Domain and process (2nd edition).

19. Fundación Socio sanitaria de Castilla la Mancha, Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral – Protocolo de Evaluación usuario. Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y laboral.
20. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha. Estrategia en Salud Mental de Castilla-La Mancha. 2015-2017. Toledo: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha; 2015.
21. Blesedell Crepeau E, Willar H, Spackman C, Cohn E, Boyt Schell B. Terapia Ocupacional. 10º ed. Barcelona: Panamericana; 2005.