

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL AMBITO PENITENCIARIO

Autoras del documento:

- Montse Rincón Aguilera, T.O.
- Myriam Ruiz González, T.O.
- Esther García Matamala, T.O.
- Anabel Teomiro T.O.

INTRODUCCIÓN

La población reclusa en España ha aumentado significativamente. Los delitos causantes de estas cifras son diversas (contra la salud pública, delito sexual, violencia doméstica, estafa..) y se hacen eco de la situación social extrapenitenciaria. El medio penitenciario está ideado no sólo como función de control, contención y pago de la deuda social, sino de rehabilitación, reinserción, recuperación...es decir, se entiende como un espacio de tratamiento donde el cambio personal sea posible, de tal modo que conduzca igualmente a un cambio en la vida social de las personas condenadas. Para que ese proceso de recuperación sea factible es necesario conocer cuál es la realidad social, familiar, psíquica y ocupacional de cada uno de los internos. Es ahí donde actúa todo un equipo de profesionales encargados de ese tratamiento imprescindible

La problemática de las personas que se encuentran privadas de libertad es compleja no sólo durante su estancia en prisión, sino generalmente ya antes y probablemente después. A veces aparecen dependencia a diversas sustancias, trastornos mentales, trastornos psicológicos, distorsiones en la concepción de la vida en sociedad, familias desestructuradas, procesos de formación , escolarización y laborales truncados y un largo ecétera. Todos estas circunstancias que forman parte del ser y del comportarse de esas personas llevan implícito un desequilibrio ocupacional que se traduce en su rutina a nivel de autocuidado, de ocio, de formación, de trabajo, de satisfacción con sus ocupaciones, de pérdida de interés ocupacional, etc. Este resquebrajamiento ocupacional es producto y causa a la vez de ese malestar psicosocial de la persona que ha cometido delito, de tal modo que se produce una retroalimentación.

El entorno penitenciario como institución y como centro le supone al interno un contexto favorecedor por un lado (encuadra, marca pautas, da cobertura a necesidades básicas, facilita la educación, el desempeño de un oficio, la atención especializada..) y por otro desfavorecedor (disminuye la cantidad y la calidad de relaciones socioafectivas, dificulta la interiorización de la necesidad de la norma social, propicia la visión de uno mismo como perteneciente a un

micromundo apartado de la realidad social externa, se promueve el control externo del comportamiento, lo que pone obstáculos para la adquisición de la independencia ocupacional..)

Traducido esto al lenguaje ocupacional, se puede decir que se produce una situación de “deprivación ocupacional” (Yerxa 1989, Whiteford 1997, Willock 1998), fruto de una combinación de factores internos a la persona y ajenos a ella (contexto) y que hace que la persona no pueda adquirir, usar o disfrutar algo. Las personas o no tienen fácil acceso o no saben llevar a cabo rutinas diarias como prepararse la comida, participar en ocupaciones significativas, cuidar un espacio propio, etc. Esto provoca efectos nocivos en la salud, en el bienestar y en el crecimiento personal. La deprivación ocupacional se ha visto que contribuye a los motines, los suicidios, los episodios psicóticos, las disputas entre internos..

Se puede concluir, pues, que la rehabilitación no sólo de las ocupaciones sino a través de las ocupaciones se hace necesario.

¿Por qué si existen “ofertas ocupacionales” y la cárcel tiene connotaciones favorecedoras el interno no llega a desarrollar su potencial ocupacional y no se utiliza la actividad, la ocupación como una herramienta realmente rehabilitadora? ¿Qué hueco habría que llenar para complementar la atención ya existente? Para ello existe la disciplina de **Terapia Ocupacional**. Trataremos de ver su consistencia a continuación.

TERAPIA OCUPACIONAL (FILOSOFÍA Y ÁREA DE CONOCIMIENTO)

La Terapia Ocupacional (T.O.) nace como profesión durante la I Guerra Mundial, fundamentalmente en Canadá y expandiéndose a otros países como EEUU, UK, Bélgica o Noruega. Es en USA y en 1917 cuando se crea la Sociedad para la Promoción de la Terapia Ocupacional (T.O.). Su enfoque terapéutico pasa por diferentes procesos dependiendo de la demanda social (científico-biomecánico, humanista..) y de la población mayoritariamente atendida por tanto (lisiados en la guerra, mujeres a cargo de todas las responsabilidades familiares, enfermedad mental en manicomios...) Es destacable que desde sus inicios la T.O. ha tenido un aimportanye presencia en las instituciones, cerradas, abiertas o semiabiertas.

Previa a la instauración de la Terapia Ocupacional como carrera profesional, ya antes grandes pensadores y médicos de la historia encontraron casi intuitivamente el sentido terapéutico de la ocupación y lo nociva para el ser humano tanto la falta de ella como la realización de ocupaciones poco significativas y gratificantes (remitámonos a la alineación por el trabajo industrial tratado por Marx)

En España se constituye la primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en 1964, perteneciente desde sus inicios a la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WOFT), y se configuran los estudios de Terapia Ocupacional como carrera de grado medio en 1995 con la Escuela de T.O. de la Univ. De Zaragoza. reconociéndose con la misma titulación los estudios cursados hasta entonces en la I Escuela por la UNED. En la actualidad el abanico de universidades que ofrecen esta diplomatura se extiende por todo el territorio español.

Como profesión se basa en un **código ético** y en unos **principio filosóficos** como la visión holística del ser humano, la convicción de que la persona puede producir cambios en su forma de entender y desempeñar su vida, el entendimiento del ser humano como ocupacional, la utilización de la ocupación como medio y como fin, la importancia de la autonomía en el desempeño de las ocupaciones, etc.

La T.O. se basa en la **teoría de la ocupación**, que entiende a la persona como ser ocupacional en un contexto social, cultural y político. Como derivación de la práctica de T.O. se llega a la **ciencia de la ocupación** como ciencia social básica (no aplicada).

Por OCUPACIÓN se entiende “el grupo de actividades y tareas de cada día , las cuales son determinadas y organizadas. El valor y el significado que adquieren viene dado por el individuo y su cultura” (Asociación Canadiense de T.O.), añadiendo también que “son todas las cosas que la gente hace para ocuparse, incluyendo cuidar de sí mismo, disfrutar de su tiempo libre y contribuir para la construcción social y económica de su comunidad”.

Como profesión ha desarrollado una serie de **modelos teórico y marcos referenciales** en los que dan diferentes explicaciones de la forma de aplicar dicha disciplina en el trabajo terapéutico con el sujeto (Modelo Canadiense, Modelo de Ocupación Humana, Modelo de Actividades Adaptativas de Mosey, Modelo de adaptación a través de la Ocupación de Reed).

No obstante a las diferencias formales y de entendimiento de cada modelo, la T.O. fija su intervención sobre los siguientes elementos:

proceso ocupacional --- ocupación --- persona --- entorno

1.- PROCESO OCUPACIONAL

Se refiere al conocimiento de cómo ocurren las ocupaciones y cómo son las experiencias subjetivas de los individuos en sus actuaciones ocupacionales. Se trata de entender a cada persona realizando las ocupaciones a su modo (Nelson, 1998).

Par ello, la T.O. centra su análisis e intervención sobre los componentes de ejecución de las diferentes ocupaciones, así como de la conservación o no de esas competencias de ejecución en la persona a la que va dirigido el tratamiento y el modo de interacción entre ambos dentro de un entorno concreto, es decir, la dinámica del proceso ocupacional.

2.- OCUPACIÓN:

Remitiéndonos a la anterior definición de ocupación, se habla de dos tipos. Por un lado las ocupaciones que la persona realiza encaminadas hacia sí mismo y por otro las que la persona realiza encaminadas a otros. Partiendo de esto, la Terapia Ocupacional reagrupa las actividades del ser humano en tres áreas ocupacionales:

- A. **Actividades de la vida diaria (Automantenimiento):** *El resultado de la actividad revierte sobre la propia persona:* higiene personal, cuidado de objetos personales, vestido, alimentación, mantenimiento de la salud, movilidad en la comunidad, movilidad funcional, comunicación funcional, respuestas a situaciones urgentes, expresiones sexuales.
- B. **Trabajo y Actividades Productivas (Actividades con propósito, el autodesarrollo, contribución social y sustento) :** *El resultado de la actividad revierte también en otros y con otros:* manejo del hogar (cuidado de la ropa, limpieza, preparación de comida, hacer las compras, manejo del dinero, mantenimiento de la casa, control de riesgos), cuidado de otros, actividades educativas, actividades vocacionales (exploración vocacional, adquisición de empleo, ejecución del empleo o trabajo, planificación de jubilación, participación en voluntariado)
- C. **Actividades de Ocio y Juego (Realizar actividades intrínsecamente motivadoras como entretenimiento, relajación, diversión espontánea o expresión personal):** *El resultado de la actividad puede revertir en otros y se*

puede realizar con otro (o individualmente): Exploración de juego/ocio y desempeño de juego/ocio.

A su vez se establece otra categorización de las acciones que la persona lleva a cabo día a día y que trata de dar explicación a la función que cumple esa acción en la vida personal y social del sujeto:

- Rol: papel del sujeto en un entorno que conlleva un serie de ocupaciones (ej.: rol de cuidador del hogar)
- Ocupación: conjunto de actividades encaminadas al cumplimiento de ese rol (ej.: cocina)
- Actividades: conjunto de acciones que comprenden esa ocupación (ej.: cocinar, comprar la comida..)
- Tareas: conjunto de acciones que comprende una actividad (ej.: lavar los alimentos, cortarlos, cocerlos...)

Los *componentes de ejecución* son los siguientes:

- A. Componente Sensomotor (La habilidad para recibir estímulos, procesar información, producir una respuesta):** Integración sensorial, neuromuscular, motor.
- B. Integración cognitiva y componentes cognitivos (La habilidad para usar las funciones superiores):** Atención ,memoria, categorización, razonamiento, capacidad de abstracción, capacidad de formulación de ideas, etc.
- C. Habilidades Psicosociales y componentes psicológicos (La habilidad para interactuar en la sociedad y procesar emociones):** Psicológicos, sociales y manejo de sí mismo.

3.- PERSONA

Es condición indispensable para poder trabajar terapéuticamente con una persona el acceso a las ciencias básicas, que nos permiten el conocimiento del ser humano (psicología evolutiva y general, anatomía, neurología, fisiología, ciencia de la ocupación, etc.) y de las ciencias aplicadas que nos permiten el conocimiento de la disfunción (psiquiatría, patología médica, patología neurológica, etc.)

Desde la formación en esas ciencias, la T.O. trata de estudiar e intervenir sobre lo que experimentan las personas cuando realizan una ocupación, percibiendo la continua influencia de su conducta en la acción así como en el entorno (Matilla, 2004). Se concibe a la persona, por tanto, como realizadora activa del desarrollo de la acción para conseguir lo que espera, imagina opciones y realiza elecciones que la conducen a reorganizarse y continuar la acción (Matilla, 2004). Sin embargo, ¿Qué es lo que impulsa a un sujeto hacia el llevar a cabo determinada ocupación? Para dar respuesta a esto nos debemos remitir a los componentes de ejecución mencionados y trasladarlos al conocimiento del ser humano, esto es, el ser humano funciona a tres niveles que se interrelacionan y que son:

Acción (la praxis): componentes físicos que comprenden habilidades motoras, sensitivas y sensitivomotoras.

Pensamiento :componentes cognitivos del intelecto, de la percepción , de la comprensión, etc.

Sentimiento: componentes afectivos relacionados con las áreas emocionales y sociales.

Estos tres niveles del ser y del actuar de la persona están íntimamente relacionadas con el entorno en que vive, ya que ahí entran en juego el cómo se percibe la praxis, el valor social otorgado, el lugar que ocupa dentro de los valores de la comunidad, etc.

4.- ENTORNO

“El entorno es una suma de fenómenos que rodean a una persona e influyen en su desarrollo y forma de vida” (Mosey, 1986).

Existen dos tipos de entorno:

ENTORNO HUMANO: Social y Cultural

ENTORNO NO HUMANO: Físico

Entorno Social : “La disponibilidad y expectativas de las personas que son significativas para ellas, tales como el cónyuge, los padres, los amigos y cuidadores. También incluye el o los grupos sociales que influyen y por el que establece normas, roles, expectativas y rutinas diarias” (Sapckmann, 1997).

Entorno Cultural: “La cultura consiste en las creencias, percepciones, valores, normas, costumbres y conductas que son compartidos por un grupo o una sociedad y pasan de una generación a otra a través de una educación formal o informal “(Reed y Sanderson, 1980).

Entorno Físico: “Las condiciones físicas, los objetos y las ideas del mundo de una persona”.

El conocimiento de este entorno por parte de la T.O. conduce a la formulación del contexto de ejecución :

Marco en el que se produce la interrelación entre los aspectos referentes al sujeto y su posible patología y los vinculados al entorno, determinando así las posibilidades de desarrollo ocupacional. Esto es:

- Aspectos temporales: edad cronológica, edad de desarrollo, ciclo de vida, status (gravedad) de la enfermedad o discapacidad
- Entorno: físico, social y cultural.

La T. O., por tanto, evalúa e interviene tanto en cada unos de esos cuatro factores por separado como en la interrelación que se produce entre ellos. Analiza y gradúa la actividad, produce cambios adaptativos en el entorno y facilita a la persona un espacio terapéutico a través de la ocupación. Todo para llegar al equilibrio en el desempeño ocupacional de la persona.

HERRAMIENTAS:

La T. O. utiliza como herramienta fundamental **la actividad**, entendiéndola como **medio** y como **fin** (Ej.: actividad de baloncesto como medio: potenciar el tono muscular, la capacidad de coordinación y equilibrio, la inserción en un grupo social sano, mejorar la autoestima, etc. Y como fin: realizar una actividad de ocio normalizada, mejorar su autocuidado, dedicarse profesionalmente a este deporte, es decir, recuperar un rol significativo)

Esa herramienta **no se elige al azar ni se trata de ocupar por ocupar o hacer por hacer**, sino que su elección ha de tener detrás un proceso analítico de los factores mencionados con anterioridad (ocupación, proceso ocupacional, persona, entorno) que le otorgue un **sentido terapéutico** para la persona o grupo de personas.

Para la medición, interpretación clínica y la intervención esta disciplina se sirve de herramientas que aportarán información propia de T.O. e información relacionada con otras ciencias. La utilización de unas y la comprensión de otras nos ofrecen un mayor conocimiento de la persona, de lo que le ocurre y del proceso terapéutico.

- Herramientas propias de T.O.:
Los diferentes autores y modelos de T.O. proponen diversas formas de evaluación-medición-interpretación de lo observado durante el proceso terapéutico (entendiendo éste desde la evaluación inicial hasta el alta).

Aquí apuntaremos algunas:

- Entrevista de Historia Ocupacional de Gary Kielhofner.
- Autoevaluación ocupacional de Gary Kielhofner.
- Nivel de intereses en actividades particulares de Gary Kielhofner.
- Análisis clínico ocupacional de Hobbs.
- Formulario de análisis de la actividad de Creek.
- Evaluación de capacidades adaptativas de Mosey.
- Cuestionario de actividad física del tiempo de ocio de Minnessota de Yerxa et al.
- Listado de conducta ocupacional (valoración del área productiva) de Walls et al.
- Etc.

Existen a su vez herramientas de medición que en la práctica diaria se utilizan desde diferentes disciplinas, como podría ser el caso de La Evaluación de la Ejecución de las AVD de Katz, otras relacionadas con aspectos cognitivos (Ej.: Minimental), etc.

INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL AMBITO PENITENCIARIO

Como inicialmente se ha mencionado, la población reclusa presenta una diversidad de tipos de delito, de trastornos psíquico-sociales, patologías físicas, etc. que requieren la presencia de profesionales de la salud y de seguridad que permita un buen tratamiento rehabilitador.

La Terapia Ocupacional ofrece un enfoque tratamental, un área de conocimiento y unas herramientas de evaluación e intervención ya descritas anteriormente, que pretende complementar el trabajo terapéutico ya existente, dado que se considera que el aspecto de rehabilitación de la ocupación y a través de la ocupación no está actualmente cubierto.

Remitiéndonos al apartado de Filosofía y Área de Conocimiento de la T.O., vemos que esta disciplina reúne los conocimientos sobre el ser humano, sus discapacidades y sobre el proceso ocupacional de tal modo que le permitirían llevar a cabo el trabajo terapéutico con las personas reclusas que presentes las diversas patologías.

Ahora bien, ¿qué lugar ocuparía dentro del ámbito penitenciario, entendiendo éste como institución y como centro? ¿Hacia dónde iría encaminado su trabajo? ¿Cuáles serían sus funciones? ¿Tendría cabida en la atención ala población reclusa en general, a los internos partícipes de programas específicos de tratamiento o en ambos contextos?

Para dar respuesta a estas cuestiones debemos diferenciar el trabajo de la T.O. en la institución penitenciaria en dos apartados: intervención terapéutica con el interno e intervención en la institución.

1.- INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA CON EL INTERNO

Con el objeto de no caer en la repetición, para explicar cuál sería y cómo la intervención con el interno tomaremos como referencia el apartado de Filosofía Y Área de Conocimiento de la T.O.

La T.O. se encargaría de la evaluación e intervención sobre:

- La persona:
 - Acción (praxis)
 - Pensamiento
 - Sentimiento

De este modo conoceremos cuál ha sido su historia, cuáles son sus expectativas e intereses ocupacionales, los roles desempeñados, sus valores personales y sociales, el cumplimiento de roles, el nivel de ejecución, el grado de satisfacción, etc. y podremos intervenir para mejorar todos esos aspectos.

- La ocupación:
 - Áreas ocupacionales a recuperar y/o conservar: automantenimiento, ocio/juego y productivo/laboral
 - Componentes de ejecución a mejorar y/o sostener: c. Sensitivomotores, c. Cognitivos y c. Psicosociales.
- El entorno como contexto de ejecución:
 - Aspectos temporales (edad cronológica, edad de desarrollo, ciclo de vida y gravedad de la discapacidad)
 - Entorno: físico, social y cultural.

Dado que el medio penitenciario constituye un contexto de ejecución característico y único, para aplicar la práctica de la T.O. debemos prestar especial atención a este factor.

Por tanto, en T.O. se entiende el medio penitenciario desde la percepción del interno para su posible rehabilitación. Así se concibe:

_Como institución, teniendo en cuenta todos los procesos burocráticos peculiares, los agentes sociales que intervienen, su estructura organizativa, sus valores culturales, etc.

-Como centro: espacios físicos, materiales, personal existente y sus funciones, talleres, formación etc. etc.

Esto juega un papel fundamental, ya que en esa recuperación a través de la ocupación lo que nos ofrece el medio puede suponer un impedimento o un trampolín, dependiendo de su utilización.

- Proceso ocupacional:

La interacción de la persona, la ocupación y el contexto determinará cuál es el proceso ocupacional de cada interno en la institución y del conjunto de internos como grupo social. Esto permitirá efectuar las actuaciones necesarias para conseguir mejorar y normalizar el proceso ocupacional de cada sujeto y del conjunto como consecuencia.

A través de esto se llegará a la incorporación o modificación de roles (con sus correspondientes ocupaciones, actividades y tareas) normalizados no sólo en su estancia en prisión, sino en su posterior vida en el contexto extrapenitenciario.

La **intervención terapéutica** se llevaría a cabo a través de **técnicas individuales** (bien sesiones en despacho, bien en la celda, o en supervisión y acompañamiento directo en aquellas actividades del centro de las cuales participe el interno, a través de acompañamientos externos, etc.) **y grupales**, utilizando el grupo como vehículo de cambio (ej.: grupo de actividades de ocio, de autocuidado, de psicomotricidad, creatividad, vocacionales, formativas, etc.) En la medida de lo posible, el trabajo se ha de trasladar al contexto social extrapenitenciario del interno, de tal modo que se generalice la recuperación personal también a ese ámbito, dado que en algún momento el interno volverá a vivir allí. Por ello es importante y conveniente trabajar con y en el entorno físico y social normalizado (lugar de residencia, familia, vivienda, etc.)

Podemos decir, por tanto, que utilizando y adaptando las ocupaciones y actividades que el centro penitenciario ya brinda y generando otras de tal modo que todas supongan un espacio de cambio y recuperación, la Terapia Ocupacional facilitará la estructuración de un estilo de vida y rutina diaria de acuerdo a la norma social (intra y extrapenitenciaria) y a la realización personal del interno como sujeto individual y social.

2.- INTERVENCIÓN EN LA INSTITUCIÓN

Para que la Terapia Ocupacional aporte lo que como disciplina agente de salud puede, es conveniente que forme parte de los siguientes procesos institucionales:

- Integración y participación directa en los equipos técnico.
- Evaluación e intervención terapéutica individual a nivel ocupacional con el interno (desarrollado en el apartado de “Filosofía y Area de Conocimiento de la Terapia Ocupacional”)
- Participación en la elaboración del PIT (informando sobre el perfil ocupacional, las áreas y componentes ocupacionales a recuperar, indicando qué tipo de actividades tendrían carácter de terapéuticas en función de las necesidades del interno, etc.)
- Organización, realización y seguimiento de ocupaciones terapéuticas grupales, centradas en la actividad, del centro.
- Organización, realización y seguimiento, en colaboración con otros profesionales de subdirección de tratamiento y médica, de grupos terapéuticos, centrados en la actividad, del centro.
- Coordinación con otros profesionales del C.P. relacionados con recuperación ocupacional y a través de la ocupación del interno.
- Emisión de informes acerca del proceso rehabilitador a nivel ocupacional del interno.
- Emisión de informes sobre las condiciones a nivel ocupacional del disfrute de permisos, revisiones de grado y puesta en libertad (**por ej. anotando cuál está siendo su proceso de recuperación a través de las actividades terapéuticas indicadas por el T.O. en un programa de violencia de género**)
- Presencia en la Junta de Tratamiento
- Evaluación y participación en salidas programadas de carácter terapéutico de aquellos internos con los que se esté llevando a cabo un proceso en el que la T.O. esté presente (**ej.: actividad de ocio a través de la cual se está trabajando la recuperación de relaciones amicales normalizadas así como la adquisición de intereses y hábitos de ocio alternativos a la vida delictuosa con un interno que presenta patología psiquiátrica**)

- Evaluación e intervención, en colaboración con otros profesionales, sobre el contexto sociofamiliar externo, de cara tanto al trabajo terapéutico dentro del C.P. como hacia la facilitación de la reincorporación a la vida en libertad (ej.: **valoración de las condiciones de la casa en cuanto a accesibilidad, recursos materiales, actitud de la familia, etc. para trabajar aspectos relacionados con el manejo del hogar con un interno que participa de un programa para discapacitados físicos**)
- Participación y colaboración con otros profesionales para realizar las derivaciones a recursos extrapenitenciarios pertinentes (ej.: S. S. Mental, piso tutelado, albergue, centro de rehabilitación..) valorando la conveniencia de continuar la mejora ocupacional en la calle
- Evaluación e intervención, en colaboración con otros profesionales, sobre los recursos a los que se deriva al interno tras su excarcelación, de cara a ajustar las necesidades del interno con lo que ofrece el contexto al que irá derivado.

La presencia del Terapeuta Ocupacional tanto en lo vinculado con la intervención directa con el interno como en lo relacionado con la participación en el centro abarcará de igual modo a la **población reclusa en general** como a aquellos internos que participen de un **programa específico** (véase salud mental, violencia de género, discapacidad física, agresión sexual, violencia de género u otros), ya que como se ha mencionado anteriormente, la formación de esta disciplina así lo permite y la necesidad de mejora de la vida ocupacional en la gran mayoría de las personas reclusas así lo requiere.

Es necesario destacar que la no existencia actualmente de Diplomados en Terapia Ocupacional dentro de la Institución Penitenciaria hace que la obligada recuperación del interno como ser ocupacional se trate de alcanzar con aproximaciones terapéuticas desde otras disciplinas, meritorias a la par que incompletas, produciéndose por tanto un vacío y/o desacierto en este aspecto intervencional.

ANEXO:

Ejemplo de intervención de la Terapia Ocupacional en un Programa de Intervención Psicosocial (P.I.P.S.) con personas reclusas con enfermedad mental grave y crónica dentro del Centro Penitenciario de Navalcarnero

PARTICIPACION DEL T.O. DENTRO DEL P.I.P.S.

El T.O. participa en la dinámica habitual del programa como miembro del equipo multiprofesional en los siguientes aspectos:

- **Valoración de inclusión** de un interno en el programa tras haber sido derivado por personal del centro.
- **Evaluación Inicial** desde T.O.
- Elaboración del **P.I.R.** desde la T.O. (en sesión conjunta con todo el equipo)
- **Tutoría:** seguimiento del P.I.R y derivación a otro profesional del equipo.
 - Coordinación con otros profesionales del programa
 - " " " " del C.P.
 - " " " recursos extrapenitenciarios.
 - " " familiares.
- **Coordinación con resto de profesionales del programa:**
 - intervención compartida
 - reuniones de equipo
 - informes
 - consultas de intervención específica
 - sesiones clínicas
 - sesiones de aprendizaje interno...
- **Intervención terapéutica** desde T.O.:
 - Individual

 - Grupal:
 - G. Autocuidados
 - G. Ocio y Tiempo Libre
 - G. Psicomotricidad.
 - G. Preparación de Libertad

En torno a la exploración y recuperación de: **Intereses, valores, hábitos, roles, nivel de ejecución** ocupacional, etc. tanto actuales como pasadas y teniendo en cuenta condiciones ambientales y expectativas actuales y futuras. En áreas: **Automantenimiento, Productiva y Laboral y de Ocio- social.**

Es decir, se interviene sobre:

- El Sujeto : - Interes / valores
 - Hábitos
 - Nivel de ejecución (cumplimiento de roles)

- Ambiente ocupacional : - Familia
 - Entorno social
 - Entorno laboral
- Actividad / ocupación : exigencias dadas por la propia actividad (componentes de ejecución)
- Relación: ocupación—sujeto—ambiente ocupacional: **equilibrio ocupacional**

Hermanando la filosofía de la Rehabilitación Psicosocial y la de T.O. se ha hecho un estudio específico del medio social inmediato (prisión) comparándolo con el medio social futuro (extrapenitenciario:la calle) pudiendo adaptar de forma más acertada el medio y las actividades, con el fin de llevar a cabo y lograr el desempeño óptimo de los diferentes roles y el equilibrio ocupacional de los usuarios del P.I.P.S.

PROCESO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

El enfoque dado actualmente a la T.O. en este programa es el del Modelo de Ocupación Humana como forma de entender al usuario y su desempeño ocupacional desde una visión holística y en ese sentido fundamentar la intervención. No obstante y dado que las limitaciones nunca fueron buenas, añadido al hecho de que existen tantas formas de presentación de la enfermedad y de recuperación de la misma como personas habitamos, se hace uso tanto de las bases teóricas como de las herramientas de evaluación-intervención de otros modelos y marcos de referencia (Mosey, análisis detallado de la actividad, cognitivo, conductual, analista, humanista)

EVALUACION INICIAL

Una vez que se le ha incluido en programa se comienza la Evaluación Inicial.

En ella, lo que se valora desde Terapia Ocupacional está centrado en explorar el pasado, el presente y las expectativas de futuro del usuario (sujeto) en todas las áreas de su vida diaria (autocuidados, cuidados del entorno, ocio individual y grupal, relaciones sociales, amicales y familiares, trabajo, aficciones, gestiones, desplazamientos....) y en base a los tres pilares siguientes:

- 1- Volición: - Causalidad personal (Autoconcepto, valoración de su desempeño ocupacional, valoración personal de sus capacidades, limitaciones, éxitos, fracasos, grado de autonomía en las decisiones, en la elección de ocupaciones..)
 - Intereses (Motivación hacia intereses personales de trabajo, familia, ocio, colaboraciones..)
 - Valores (Importancia de, conceptos de vida, mantenimiento de valores personales, con qué se siente y ve necesario comprometerse, a qué principios de vida le da importancia..)

- 2- Habitación: - Hábitos (Estructuración de la ocupación, rutinas de vida que lleva a cabo, grado de autonomía en este aspecto..)
 - Roles (Funcionamiento como, existencia de una definición clara en cuanto a competencias de esos roles, definición de la prioridad de roles a desempeñar y a recuperar, cumplimiento de expectativas sociales y personales...)

- 3- Ejecución: Habilidades (Calidad de realización, nivel de eficacia, nivel de satisfacción...en su desempeño ocupacional desde un plano personal y social, grado de autonomía en ese desempeño...)

Por otro lado, se exploran los eventos críticos de vida (inicio de enfermedad, comisión de delito, abandono de padres, etc.) y la incidencia de ellos en la valoración personal que hace de su vida y en el desempeño ocupacional mencionado. A su vez, se explora sobre las expectativas de vida futuras: si existen, si trabaja hacia ellas, si cumple con las responsabilidades que conllevan esos cambios, etc.

A su vez se indaga sobre cómo han sido los ambientes ocupacionales a lo largo de su vida y en el curso de su enfermedad

Esta recogida de información se realiza a través de Entrevista de Historia Ocupacional por un lado y del Perfil Narrativo de vida, que se obtienen por medio de entrevista directa y guiada, obteniendo el gráfico de vida (valorando desde una visión subjetiva los datos objetivos analizados).

De esta Evaluación Inicial se arrojan los datos prioritarios (de pasado, presente y expectativas) para plantear los objetivos de intervención a corto y medio plazo de Terapia Ocupacional.

Cuando la situación lo permite, toda la información en cuanto a desempeño ocupacional y dinámica del usuario en el hogar se contrasta con la familia con entrevista bien en el C.P. bien en el domicilio (siendo muy poco usual)

PARTICIPACION EN PIR

Las conclusiones de la evaluación se llevan a reunión de equipo, donde se realiza el Plan Individualizado de Rehabilitación, aportando conclusiones y objetivos tanto desde T.O. como desde las otras disciplinas, de tal modo que se consensúa en equipo cuáles son los aspectos a intervenir desde el plano individual y el grupal y qué profesionales lo van a llevar a cabo en las diferentes etapas del proceso terapéutico . A continuación su tutor le da a conocer el P.I.R. y se acuerda con él su aprobación.

EVALUACION CONTINUADA

A lo largo de todo el proceso de intervención se realiza una evaluación continuada de todo lo visto anteriormente y de áreas concretas y aspectos muy determinados para ir estableciendo y modificando, junto con el equipo y con el acuerdo del usuario, los objetivos a trabajar y las estrategias para alcanzarlos.

HERRAMIENTAS

La actividad, como se apuntaba en páginas anteriores, es fin y medio en la T.O.

En esta última conceptualización la utilizaremos como vehículo que nos permita llegar a la medición y la interpretación clínica de lo observado (como se ha comentado: componentes de ejecución de la actividad, contexto, capacidades de ejecución de la persona, influencia de unos factores en otros).

Para la medición e interpretación clínica nos serviremos de otras herramientas que giran en torno a la actividad, como son:

- **ACIS (Cuestionario sobre comunicación e interacción) (Kielhofner)**
- **Autoevaluación de funcionamiento ocupacional (Kielhofner)**
- **Análisis de tareas (Impacto Ambiental) (Kielhofner y Gómez Tolón)**
- **Listado de roles e intereses (Kielhofner)**
- **Autorregistros : cuadros, narraciones, dibujos, gráficos..**
- **Análisis funcional de nivel ocupacional**
- **Descripción de tareas y rutinas.**
- **Análisis detallado de la actividad.**
- **Etc.**

ALTA EN TERAPIA OCUPACIONAL

El **alta** en T.O. lo valoraremos en el momento en que:

- El usuario ha alcanzado los objetivos o lo que es lo mismo los objetivos globales posibles de alcanzar en el recurso no necesitan de la T.O. como herramienta de trabajo. Igualmente cuando, a pesar de que lo todavía alcanzable en el recurso sí contempla la T.O. el usuario ha llegado a su máximo de posibilidades, esto es, ha conseguido un desempeño ocupacional óptimo para su vida diaria, aunque no cumpla las expectativas sociales.

- El usuario no vea conveniente mantener esa intervención.
- El usuario sea dado de baja en el programa
- Trasladen al usuario a otro centro o se cumpla su condena.

GRUPO DE AUTOCUIDADOS

1.- PRESENTACION: NECESIDAD DE AUTOCUIDADOS

La presentación y el curso de un trastorno psiquiátrico no viene determinado sólo por la aparición de sintomatología aguda (productiva y/o deficitaria) sino también por el deterioro producido por la misma y la cronicidad en ambos sentidos.

Las secuelas consecuentes en una persona que padece una enfermedad psiquiátrica grave con carácter de cronicidad se manifiestan, entre otros aspectos, por un deterioro en el ámbito de los cuidados personales (aseo, alimentación, sueño...), concibiendo a la persona como ejecutora y receptora de esos cuidados (carácter activo y finalidad de la acción).

El contexto carcelario lleva implícito una serie de características (poco estimulante para el cambio, pobreza social y afectiva, facilitación del retraimiento social, factores agudizantes de ideación autorreferencial...) que pueden agravar el deterioro de la persona con enfermedad mental.

De ahí la necesidad de incluir, como parte del planteamiento global de rehabilitación inscrito en el Programa de Intervención Psicosocial (P.I.P.S.) con personas reclusas que padecen enfermedad mental crónica, la intervención terapéutica orientada a la recuperación de ese área: AUTOCUIDADOS.

2.- OBJETIVOS GENERALES

- Lograr la autopercepción de persona ejecutora y receptora de cuidados, facilitando la identificación como sujeto activo y capacitado en los hábitos de salud hacia sí mismo.
- Conseguir una relación autónoma consigo mismo y con el entorno en la ejecución de hábitos de salud.
- Conectar este área con las restantes a trabajar en la persona facilitando reconocer la interrelación de unas con otras y cómo los cuidados personales forman parte de su desempeño ocupacional y social diario.

3 - ESTRUCTURA DEL PROGRAMA:

El programa de autocuidados se vertebra en tres módulos o bloques generales:

- 1.- Alimentación.
- 2.- Higiene.
- 3.- Ejercicio físico.

Estos tres bloques se trabajan inicialmente de forma separada, conectandolos paulatinamente entre ellos, a su vez que con otros aspectos más específicos como el ritmo de sueño, cuidados médicos, etc. y con áreas tratadas desde las otras disciplinas (interacciones sociales, conciencia de enfermedad, contrarrestar efectos secundarios de la medicación, distorsión en la identidad personal provocada por el trastorno mental etc.) de manera que cada sujeto entienda las diferentes capacidades y su praxis (en los autocuidados) de forma integrada y holística.

4.-METODOLOGIA :

Desde un encuadre directivo, con objetivos grupales marcados a priori por la Terapeuta Ocupacional (T.O.) (relacionados con los aspectos generales que son importantes tratar), en la ejecución de las sesiones se combina esa dirección con una participación activa y flexible de los usuarios, tratando que lo trabajado a lo largo de todos los bloques se vivencie de manera personalizada. La elección en cuanto al método de realización dependerá del momento del grupo y sus necesidades (contención, motivación, autonomía, orientación, etc.)

Se realizan dinámicas grupales interactivas, creativas, de comunicación e interacción grupal y de exploración personal, utilizando el grupo como facilitador de la búsqueda: en el aprendizaje de los distintos temas, en el planteamiento de objetivos, en las herramientas a utilizar para conseguirlos y en la devolución sobre cómo se ven desde fuera los avances logrados (feedback).

Para que el grupo cumpla la finalidad reseñada es necesario alcanzar inicial y paulatinamente cohesión grupal, procurando un ambiente de confianza, constructivo, no enjuiciador y reparador, de tal modo que cada miembro viva la estancia en ese grupo como un espacio segurizante y procurador de mejoras.

En el grupo surgen temas o necesidades individuales que, por un lado, se reconducen hacia el trabajo grupal y, por otro, se derivan al tutor o al encargado de trabajar ese aspecto de forma individual.

La periodicidad de las sesiones es semanal y su duración de 1 y ½ h.El nº de sesiones señalados a continuación en cada módulo dependerá de los avances conseguidos y de las eventualidades ajenas al grupo.

5.-MATERIALES GENERALES UTILIZADOS:

- Text evaluación pre- post sobre conocimientos y hábitos de alimentación, higiene y deporte.

- Autorregistros
- Cuestionarios.
- Documentación informativa sobre los conocimientos teóricos adaptada.
- Láminas de trabajo sobre los conceptos tratados: dibujos, resúmenes, pasatiempos específicos del tema, etc. realizados por el grupo.
- Vídeos temáticos.
- Muñeco y láminas del cuerpo humano.
- Material de papelería: cartulina, pegamento, tijera, pinturas...
- Revistas, libros, planfletos informativos sobre los diferentes temas (menús, deportes, dietas, infecciones de contagio, etc.)
- Alimentos reales.
- Utensilios de cocina
- Material de higiene personal: cepillo de dientes, tiritas, algodón, antiséptico, etc.

6.-MODULOS

1.- ALIMENTACION

Objetivos

- Conocer sobre la dieta equilibrada
- Conocer hábitos de alimentación saludables
- Conocer influencia de los alimentos en nuestro funcionamiento corporal
- Conocer cuáles son los hábitos alimenticios de cada participante que deriven en objetivos personales a trabajar.
- Conocer y aplicar estrategias para mejorar hábitos alimenticios personales.
- Conocer y mejorar hábitos alimenticios relacionados con el hogar.
- Conocer formas de adaptar lo adquirido en un medio extrapenitenciario.

Contenidos

- **Dinámica –encuadre de los contenidos, objetivos y metodología del grupo de autocuidados**
- Dinámica sobre las función de los alimentos : plástica, reguladora y energética
- Dinámica sobre la relación de esas funciones con las necesidades corporales: equilibrio hidroestático, energía vital, regeneración celular, etc.
- Dinámica sobre la dieta equilibrada: pirámide de la alimentación
- Evaluación de hábitos alimenticios personales en la actualidad.

- Planteamiento de objetivos personales relacionados con la alimentación
- Análisis acerca de las estrategias necesarias y el modo de ejecutarlas para alcanzar las mejoras, en función de los inconvenientes y de las condiciones favorables que ofrece el medio penitenciario.
- Evaluación de resultados: consecución de objetivos, puesta en marcha de las estrategias, dificultades, inconvenientes y condiciones favorables para llevarlo a cabo desde el entorno actual basados en la práctica real y no en las ideas preconcebidas.
- Planteamiento de nuevos objetivos
- Análisis comparativo con el medio extrapenitenciario con el fin de buscar modos de llevar a cabo lo adquirido en ese otro entorno, viendo igualmente qué posibilidades ofrece.
- Realización de menús sobre papel y reales (ágape para el resto de compañeros)
- Realización de collages, murales, dibujos...sobre un tema concreto (ej.: pirámide de la alimentación)

Número de sesiones

Aproximadamente **10 sesiones**

2.- HIGIENE:

Objetivos

- Conocer hábitos de higiene saludables.
- Conocer y analizar la influencia de los cuidados higiénicos en el funcionamiento corporal, personal y social
- Conocer cuáles son las conductas de higiene necesarias para la prevención de enfermedades.
- Conocer y analizar hábitos de higiene domésticos.
- Conocer cuáles son los hábitos higiénicos de cada participante derivando en objetivos personales a alcanzar.
- Conocer y aplicar estrategias para mejorar hábitos higiénicos personales.
- Conocer y mejorar hábitos higiénicos relacionados con el hogar.
- Conocer formas de adaptar lo adquirido en un medio extrapenitenciario.

Contenidos

- **Dinámica –encuadre de los contenidos, objetivos y metodología del grupo de autocuidados**
- Dinámicas sobre los diferentes hábitos de higiene saludables y no saludables : cuidados estomacales, capilares, higiene corporal diaria, cuidados de la ropa, etc.
- Dinámicas sobre la relación de esos hábitos higiénicos con sus respectivas consecuencias: médicas, personales (identidad, autoestima, causalidad personal, satisfacción, etc.) y sociales (rechazo, acercamiento social, empatía, enriquecimiento, etc.)
- Dinámica acerca de los materiales necesarios para llevar buenos hábitos higiénicos y su modo de utilización más efectiva.
- Dinámicas sobre los contagios de diversas enfermedades infecciosas y sus medidas de prevención y tratamiento.
- Dinámicas de exploración de los cuidados del hogar centrado en el centro penitenciario: limpieza de celda, lavado y orden de la ropa, etc.
- Evaluación de hábitos higiénicos personales en la actualidad.
- Planteamiento de objetivos personales relacionados con la higiene
- Análisis acerca de las estrategias necesarias y el modo de ejecutarlas para alcanzar las mejoras, en función de los inconvenientes y de las condiciones favorables que ofrece el medio penitenciario.
- Evaluación de resultados: consecución de objetivos, puesta en marcha de las estrategias, dificultades, inconvenientes y condiciones favorables para llevarlo a cabo desde el entorno actual basados en la práctica real y no en las ideas preconcebidas.
- Planteamiento de nuevos objetivos
- Análisis comparativo con el medio extrapenitenciario con el fin de buscar modos de llevar a cabo lo adquirido en ese otro entorno, viendo igualmente qué posibilidades ofrece.
- Realización de prácticas reales sobre cuidados higiénicos : lavado de dientes, lavado de manos..
- Realización de collages, murales, dibujos...sobre un tema concreto (ej.: forma de contagio de las infecciones bucales)

Número de sesiones

Aproximadamente **10 sesiones.**

3.- *DEPORTE/EJERCICIO FISICO:*

Objetivos:

- **Conocer y analizar las aportaciones del ejercicio físico a nuestra vida diaria: aporte físico, psíquico y social.**

- Conocer características de cada deporte, analizando en qué nos beneficia en mayor medida así como los requisitos y la forma más eficiente de practicarlo.
- Conocer cómo se produce la recuperación física: reequilibrio homeostático, tonicidad muscular, fortaleza ósea, etc.
- Plantear objetivos personales de cara a la realización de ejercicio físico.
- Buscar estrategias para el desarrollo del ejercicio en función de las posibilidades reales del medio y las capacidades personales.
- Extrapolar esos objetivos al medio social extrapenitenciario teniendo en cuenta en qué circunstancias se va a llevar a cabo.
- Despertar motivación hacia el descubrimiento de deportes nuevos y su realización, así como de los tradicionales.

Contenidos:

- Dinámica encuadre del tema y de los contenidos a trabajar.
- Dinámicas con pasatiempos, cuestionarios, discusión grupal para conocer aportaciones del ejercicio físico y desmontar tópicos sobre el mismo.
- Dinámicas de información y conocimiento de deportes novedosos.
- Dinámicas sobre valoración del estado físico actual de cada miembro del grupo, sobre tipos de ejercicio que realizó con anterioridad, los que realiza actualmente y los que se plantea realizar en el futuro, concretando así objetivos a alcanzar en este campo.
- Evaluación de resultados y planteamiento de nuevos objetivos.

Sesiones:

Aproximadamente **5 sesiones**.

Este bloque se trabaja en conexión con la actividad de Ocio Y Tiempo Libre (encargándose de ella también la T.O.), donde se practica deporte, resultando ser, por tanto, la parte práctica de lo visto en el grupo de Autocuidados.

NOTA: Además de las sesiones específicas de cada bloque, se llevan a cabo alrededor de **4 sesiones** donde se relacionan esas tres áreas. Junto a estos aspectos se van tratando otros, según van apareciendo en el curso de todas las sesiones, como trastorno del sueño, inapetencia, cansancio generalizado producido por la medicación y la inactividad, etc. De este modo, como ya se mencionó con anterioridad, **se integran todos los aspectos** de tal forma que la devolución de lo trabajado en el grupo de Autocuidados **favorezca una visión de unidad** a cada una de las

personas que han participado en él y donde queda patente la **gran importancia que tiene el procurarnos nosotros mismos cuidados óptimos para ayudarnos en nuestra recuperación general.**

GRUPO DE OCIO Y TIEMPO LIBRE

INTRODUCCION

El desempeño y disfrute de actividades de ocio forma parte de la vida diaria de una persona. La disciplina de la T.O. se basa en la Ciencia de la Ocupación, la cual se apoya en la idea de que el hombre es un ser activo, que necesita la ocupación, entendiendo esa ocupación la relacionada con el automantenimiento, lo productivo-laboral y el juego/ocio.

En la persona que padece una enfermedad mental se produce un desequilibrio en el desempeño normalizado y satisfactorio de las ocupaciones de ocio, por las diferentes distorsiones que la enfermedad produzca y porque la diferenciación entre tiempo de ocupación obligada y tiempo libre se difumina, pasando a tener un gran peso este último y perdiendo por ello su connotación de ocio, lúdico, diversión, disfrute..

Por tanto es de lógica conclusión pensar en la necesidad de trabajar el área del ocio desde la T.O.

EVALUACIÓN

Desempeño de actividades de ocio:

- nivel de ocupación
- nivel de ejecución (búsqueda de ofertas, de formas de realización, grado de eficacia en su puesta en práctica, etc.), analizando cada componente de ejecución de las actividades concretas.
- nivel de satisfacción
- grado y temas de mayor interés (culturales, deportivos, manuales, individuales, grupales, en pareja, etc.)
- estructuración y rutinas llevadas a cabo
- etc.

Factores influyentes en ese desempeño:

- Relacionados con la enfermedad: status actual, curso, forma de presentación, tratamientos recibidos, etc.
- Relacionados con el entorno: vivir con familia de origen, con familia adquirida, en institución cerrada, indigente..(en qué momento fue más fácil o gratificante su ocio, qué situación suponía un refuerzo o una limitación, etc.)

Esto se evalúa teniendo en cuenta cómo fue en el pasado y cómo en la actualidad. A la vez qué expectativas de futuro, inquietudes inmediatas, a largo plazo, etc.

De esa evaluación se desprenderán hipótesis en cuanto a necesidades a corto, medio y largo plazo del sujeto en los aspectos concernientes al ocio, por tanto nos podremos marcar objetivos ajustados.

Esta evaluación será inicial. Se irán corroborando hipótesis, objetivos y estrategias de intervención con la evaluación continuada.

OBJETIVOS

Desde la visión de rehabilitación psicosocial y ubicando la intervención en el medio social inmediato que es el C.P., los objetivos serán los siguientes:

- Explorar sobre nuevas actividades de ocio
- Recuperar actividades de ocio abandonadas
- Mejorar la ejecución de las actividades y sus tareas (potenciando componentes de ejecución), como el nivel motivacional, búsqueda de ofertas, información, etc.
- Instaurar hábitos de ocio **autónomos** y satisfactorios de forma individual en el C.P. que posteriormente se puedan trasladar a su medio social extrapenitenciario
- Recuperar el valor social y personal del ocio y el disfrute del tiempo libre en su vida diaria, favoreciendo, junto con la recuperación de las otras áreas ocupacionales, una conciencia de sí mismo como ser social participativo y una visión de sí mismo constructiva.

METODOLOGÍA

Utilizaremos la actividad de ocio como medio y como fin.

Trataremos todas las posibles **ofertas y preferencias de ocio** (cine, música, viajes, cómics, lectura, escritura, prensa...) en cuanto a todos los **componentes de desempeño ocupacional** mencionados (motivación, ejecución, contextos, momento de la enfermedad, etc.)

Los objetivos marcados con cada persona son **individuales**, pero las **estrategias** para lograrlos pueden ser **individuales y/o grupales**.

Así mismo, un grupo de ocio contemplará objetivos individuales para cada uno de sus miembros y grupales para el conjunto, como grupo social.

A partir del sondeo de apetencias y experiencias de ocio de cada miembro del grupo en conjunción con los objetivos grupales e individuales planteados, la T.O. planifica los temas a trabajar.

Se orientará como grupo de ensayo, dinámico, de lugar de exploración personal y grupal.

Cada sesión versará sobre un tema concreto de los mencionados anteriormente y todos los miembros participarán a través de la dinámica grupal planteada desde la T.O. Ej.: técnica de creatividad para trabajar todos los aspectos la pintura, desde observador de ese arte y/o desde realizador. Con esa actividad trabajaremos la motivación hacia esa forma de ocio, la forma de realización, la incorporación a su vida diaria, la generalización al disfrute y desempeño de otras actvds., etc..)

El apoyo de otras personas ayudará a vivenciar nuevas experiencias de ocio, recuperación de las perdidas o deterioradas, a la estructuración del tiempo de ocio, a conseguir un nivel de disfrute óptimo del ocio, etc.,etc. Y a **trabajar factores de relación social en un contexto lúdico y distendido, pero terapéutico.**

Materiales:

Se aprovechará o utilizará la sala asignada para dicho grupo así como todas las actividades que se organicen desde el C.P. (simulando las ofertas de ocio a las que una persona puede optar en su barrio, ciudad, etc.): talleres ocupacionales, gimnasio, actuaciones musicales, teatro, etc.

Así mismo se utilizarán materiales como libros, revistas, periódicos, guías de ocio, pinturas de diferentes tipos, material de papelería, cómics, vídeos, etc., es decir el material necesario para trabajar cada tema planteado.

GRUPO DE PSICOMOTRICIDAD

INTRODUCCION

En un programa de Psicomotricidad ubicado en la Rehabilitación Psicosocial, el objetivo primordial es conseguir que la persona tome conciencia de sí mismo, de su cuerpo y de su capacidad de relación, para llegar a **desarrollar relaciones interpersonales activas y funcionales con la realidad exterior.**

Uno de los principios de esta disciplina psicomotriz es que **el movimiento está ligado al psiquismo**, con lo cual la intervención desde lo motórico producirá cambios a nivel motor y funcional, psíquico y afectivo, caracterial y social en la persona.

Por lo tanto, los 4 grandes bloques a tratar en la actividad de Psicomotricidad son:

- Toma de conciencia del **cuerpo**.
- Toma de conciencia del **espacio**.
- Toma de conciencia del **tiempo**.
- Toma de conciencia de la relación:
$$\begin{array}{ccc} & & \text{cuerpo} \\ & / & \backslash \\ \text{espacio} & _ & \text{tiempo} \end{array}$$

Centrándonos en el programa de Intervención Psicosocial con Trastornos Mentales Crónicos en el C.P. Madrid 4 (Navalcarnero), la actividad de Psicomotricidad se dividirá en dos niveles, consecuentes de las necesidades individuales encontradas en la evaluación inicial y que se explicarán en el apartado de perfil del usuario. De tal modo que la intervención variará en cuanto a contenidos y objetivos en cada nivel, no así en su metodología y herramientas de evaluación.

OBJETIVOS

¿Qué buscamos con las técnicas psicomotrices que utilizemos? Eso es lo que nos preguntaremos, lógicamente, a la hora de planificar la actividad. Va a depender del nivel de la capacidad psicomotricial del grupo sobre el que vayamos a actuar y éste estará determinado por el **perfil de los sujetos** que lo integran.

Con respecto a los usuarios del Programa de Intervención Psicosocial del C.P. Madrid4, nos encontramos con dos grupos diferenciados en cuanto a capacidad psicomotricial, nombrandolos como nivel 1 y nivel 2. De tal forma

que en el primero aparecen dificultades tanto corporales como de percepción y de relación y en el segundo se aprecian más carencias en el plano de la percepción y la expresión, influyendo éstas en la capacidad de relación.

Dividiremos entonces los objetivos a plantear según nivel observado.

NIVEL 1

* Mejorar el estado del cuerpo: postura, armonía del movimiento, tono muscular, equilibrio, coordinación dinámica general, motórica fina, disociación de gestos, relajación y esquema corporal.

* Recuperar la percepción de estímulos internos y externos.

* Mejorar la organización espacio-temporal.

NIVEL 2

* Potenciar la percepción de estímulos internos y externos.

* Recuperar y mejorar la expresión corporal, entendiéndola como un canal de comunicación.

* Recuperar y mejorar la capacidad de socialización, llegando a entender e interiorizar la relación entre **estado del cuerpo-percepción-expresión corporal-sociabilidad**.

De manera implícita los **elementos cognoscitivos** (atención, concentración, capacidad simbólica, etc.) también serán objetivos a trabajar en los dos niveles.

METODOLOGIA

Las sesiones se llevarán a cabo en dos grupos diferenciados según objetivos a trabajar, como se ha mencionado, formados por personas del mismo sexo, con una duración de **1 h. por semana y grupo**. El **número de sesiones** no queda delimitado pues dependerá de la evolución de los usuarios y del grupo. Esto es, cuando se hayan alcanzado los objetivos del nivel 1 se pasará al nivel 2 y cuando se cumplan los del 2 se le dará de alta en la actividad de Psicomotricidad.

Se planteará la **intervención** como **dinámica**, en el sentido de que el sujeto es el mayor partícipe de su actividad individual, englobándose ésta en la actividad grupal de la sesión.

La Psicomotricista servirá de conductor de la actvd., entrando y saliendo de ella de tal modo que incite y facilite la participación de los sujetos y a la vez observe la misma.

Una **sesión-tipo** de Psicomotricidad constará de:

- 1- Entrada: toma de contacto con la sala, con los compañeros, con la psicomotricista y con la actvd.
- 2- Calentamiento: movilidad articular general.
- 3- Actividad: Desarrollo de la actividad concreta de esa sesión.
- 4- Relajación: tono muscular equilibrado.
- 5- Distanciamiento: Traslado de lo vivido al campo de lo verbal.
- 6- Salida: Finalización de la sesión.

Se orientará el trabajo, tanto el general como el de cada sesión, partiendo de la globalidad para llegar a lo específico, a lo más concreto e individual.

Los **elementos materiales** que se utilizarán se refieren a:

- La sala, que deberá estar acondicionada en cuanto a luz, espacio, suelo, temperatura...
- Los materiales inventariables: gomas elásticas, cuerdas, telas, espaldas, bancos suecos, balones medicinales, pelotas...

EVALUACION

Se pondrán en funcionamiento varias vías para recabar información, como son:

- Cuestionarios, pasados directamente al usuario en entrevista formalizada.
- Observación directa durante la entrevista y las actividades que realiza.
- Autorregistro, cumplimentado por el propio usuario.
- Coordinación con resto de profesionales del equipo.

Independientemente de qué herramienta de evaluación se ponga en práctica, en general la búsqueda de información se centrará sobre los siguientes elementos.

1- *Esquema corporal:*

- Motricidad amplia o gruesa.
 - * Conocimiento y control tónico postrural.
 - * Equilibrio (estático, dinámico y postdinámico).
 - * Relajación.
 - * Coordinación general y disociación psicomotriz.
 - * Control respiratorio.

- * Eje Corporal.
- * Lateralidad .
- * Desarrollo sensorial.
- Motricidad fina.
 - * Movimiento con los dedos.
 - * Coordinación óculo-manual.
 - * Expresión facial, control del gesto.

2- *Esquema espacio-temporal:*

- Orientación y organización espacial.
- Construcción del espacio.
- Dominio de los planos horizontal y vertical.
- Espacio exterior y espacio gráfico.
- Orientación y organización temporal.
- Recorridos de orientación.
- Noción de agrupación.
- Ritmo.
 - * Ritmo biológico y motores espontáneos.
 - * Ritmo contrastado.
 - * Sincronización sensoriomotora.
 - * Estructura temporal del ritmo (intervalo, velocidad, duración y sucesión).
- * Adaptación al ritmo externo.
- Apreciación de las velocidades.
- Evoluciones.

3- *Relación con el medio:*

- Relación consigo mismo.
- Relación con los objetos.
- Relación con los otros.

De los contenidos anteriormente citados, se tiene especialmente en cuenta valorar a partir de ellos las siguientes **aptitudes y actitudes:**

- Memoria a corto y largo plazo.
- Comprensión.
- Capacidad de observación.
- Capacidad simbólica.
- Praxis.
- Adecuación de las respuestas.
- Creatividad-originalidad.
- Interés por el área.
- Utilización del tiempo y del espacio.
- Capacidad de expresión verbal y gestual.
- Memoria a corto y largo plazo.
- Capacidad de relación interpersonal.

VALORACION

Hace referencia a la calidad de intervención del programa y se realiza a la finalización del mismo. Se valora desde tres niveles:

- 1- Valoración del profesional acerca de la evolución del usuario y del grupo.
- 2- Autoevaluación del propio usuario a su paso por el programa.
- 3- Aportaciones que la existencia de este programa ofrece al proceso de intervención.