

REFLEXIÓN SOBRE LA PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD DE COMEDOR EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ADOLESCENTES

Liliana Sánchez Cucchi. Terapeuta ocupacional.
lilianacucchi@yahoo.es

Daniel Gambero Fernández. Enfermero.
Especialista en Salud mental.
cobergambe@hotmail.com

Ma. Asunción García Fernández. Monitora
ocupacional. frioasungarcia@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El Hospital de Día de adolescente de Vallecas inicia su actividad asistencial en Marzo de 2004. Entre su programa de actividades se establece la “comida” como un espacio terapéutico más. Se distingue en relación con los otros talleres y terapias programados por los siguientes aspectos:

- Todos los miembros del equipo (8) participan de la actividad, el resto de los grupos terapéuticos como máximo son coordinados por la mitad de los profesionales.
- Participan todos los pacientes, en general en el resto de las actividades se organizan dos grupos, adolescencia temprana y adolescencia tardía.
- Es la actividad que más cambios ha experimentado en su diseño.

Presentamos la siguiente reflexión sobre las variaciones realizadas en el diseño del espacio de la comida desde la perspectiva del humor y nos acompañamos del cuento “Instrucciones

para subir una escalera” de Julio Cortazar para explicar nuestra experiencia.

En un recurso asistencial de estas características el clima emocional de alta intensidad en el que se desarrollan las intervenciones profesionales puede influir negativamente en la capacidad de respuesta para resolver los conflictos que se presentan. El sentido del humor permite en ocasiones la distancia necesaria entre determinadas respuestas emocionales y el proceso de búsqueda de estrategias de actuación.

“Instrucciones para subir una escalera”

Nadie habrá dejado de observar que con frecuencia el suelo se pliega de manera tal que una parte sube en ángulo recto con el plano del suelo, y luego la parte siguiente se coloca paralela a este plano, para dar paso a una nueva perpendicular, conducta que se repite en espiral o en línea quebrada hasta alturas sumamente variables. Agachándose y poniendo la mano izquierda en una de las partes verticales, y la derecha en la horizontal correspondiente, se está en posesión momentánea de un peldaño o escalón.
“

La comida es una actividad básica de la vida diaria, responde a una necesidad de supervivencia fisiológica y esta cargada de significados afectivos y sociales. La forma en que se come y aquellos alimentos que se ingieren están definidos culturalmente.

Participar de la comida en los grupos sociales da cuenta de la integración de una persona en los mismos.

Para incluir esta actividad como un medio terapéutico más dentro de la programación de

un hospital de día es necesario establecer una serie de objetivos que estén en consonancia con los generales del centro y un diseño del encuadre y de la tarea coherente con el resto de las actividades consideradas terapéuticas.

Partiendo del objetivo general del hospital que es la participación en un entorno y según las características de la actividad se formula como objetivo específico el compartir la comida con pares y adultos de la manera más normalizada posible.

Cada paciente es evaluado y se establecen las dificultades y los potenciales de cada uno para diseñar un plan individualizado de actuación en la actividad.

Se presenta a continuación los resultados obtenidos a través de la observación de una muestra transversal de 45 pacientes adolescentes de entre 12-17 años (2008-2010) que asisten al comedor. Se observan diferentes tipos de comportamiento entre los adolescentes dando lugar a siete grupos diferentes.

	ALIMENTACIÓN	NORMAS DE CONVIVENCIA	COMUNICACIÓN	%
1.COMPORTAMIENTO VARIABLE	Son selectivos. No prueban alimentos que no son conocidos.	Alternan el clima facilitador con el perturbador del grupo	Alternan la espontaneidad con la agresividad hacia compañeros, actividad y hospital.	16.6
2.ACTITUD DE RECHAZO	Rechazan los alimentos.	Perturban la actividad	Conductas disruptivas	22.2
3.ADECUADO EN GENERAL	Prueban los alimentos	Facilitan la actividad	Se expresan espontáneamente de forma adecuada	33.3
4.ACTITUD IMPULSIVA	Prueban los alimentos	Perturban la actividad	Conductas disruptivas	11.1
5.DIFICULTAD CON LAS NORMAS	Seleccionan los alimentos	Perturban la actividad	Se expresan espontáneamente de forma adecuada	5.6
6.DIFICULTADES CON LA ALIMENTACIÓN	Seleccionan los alimentos	Facilitan la actividad	Se expresan espontáneamente de forma adecuada	5.6
7.DISRUPTIVO	Seleccionan los alimentos	Perturban la actividad	Conductas disruptivas	5.6

El plan de intervención para atender las necesidades de cada paciente se diseña en base a las evaluaciones realizadas y aunque se constata una mejoría en los aspectos evaluados en cada paciente surgen dificultades en el desarrollo de la actividad que ponen de manifiesto que las evaluaciones realizadas no son suficientes. Dado que los problemas se centran en el diseño de la actividad que realiza el grupo en su conjunto.

"Cada uno de estos peldaños, formados como se ve por dos elementos, se situó un tanto más arriba y adelante que el anterior, principio que da sentido a la escalera, ya que cualquiera otra combinación producirá formas quizá más bellas o pintorescas, pero incapaces de trasladar de una planta baja a un primer piso."

Antes de abrirse el hospital a la actividad asistencial se establecen dos protocolos de actuación en el comedor.

Son los **protocolos A y B**, en los que se realiza la definición y uso de los espacios en la comida: cocina, office y comedor; destacando la organización del mobiliario, horarios y personal a intervenir.

Protocolo A:

-Distribución del mobiliario del comedor en mesas de 4-5 pacientes donde uno de ellos ejerce el rol de jefe de mesa, siendo este el que se levanta para buscar los alimentos y servir la mesa, así como retirar los cubiertos.

- Se plantean mesas donde coman terapeutas y mesas donde coman sólo pacientes.

- Se diseña para 30 pacientes divididos en dos grupos que comerían en dos turnos.

Protocolo B:

- La actividad de comedor se comienza con menos de la mitad de pacientes establecidos y se realiza un solo turno de comida. El resto es similar al protocolo A.

" Las escaleras se suben de frente, pues hacia atrás o de costado resultan particularmente incómodas. La actitud natural consiste en mantenerse de pie, los brazos colgando sin esfuerzo, la

cabeza erguida aunque no tanto que los ojos dejen de ver los peldaños inmediatamente superiores al que se pisa, y respirando lenta y regularmente. Para subir una escalera se comienza por levantar esa parte del cuerpo situada a la derecha abajo, envuelta casi siempre en cuero o gamuza, y que salvo excepciones cabe exactamente en el escalón. Puesta en el primer peldaño dicha parte, que para abreviar llamaremos pie, se recoge la parte equivalente de la izquierda (también llamada pie, pero que no ha de confundirse con el pie antes citado), y llevándola a la altura del pie, se le hace seguir hasta colocarla en el segundo peldaño, con lo cual en éste descansará el pie, y en el primero descansará el pie. (Los primeros peldaños son siempre los más difíciles, hasta adquirir la coordinación necesaria. La coincidencia de nombre entre el pie y el pie hace difícil la explicación. Cuídese especialmente de no levantar al mismo tiempo el pie y el pie)."

Iniciamos la actividad asistencial y los resultados nos llevan a modificar lo planificado tras graves incidentes disruptivos en el comedor. Se diseña un nuevo protocolo.

Protocolo C:

- Se decide mezclar en las mesas pacientes y terapeutas. Los cambios introducidos se realizan desde la idea de que la presencia de los terapeutas en las mesas con los pacientes puede disminuir situaciones conflictivas.

El resultado es una gran variedad de mesas dependiendo de la combinación de pacientes-terapeutas: mesas alegres, serias, permisivas, normativas, apáticas, con iniciativas, silenciosas,...

Con el tiempo se observa que pacientes que ingresan con un comportamiento adecuado en la comida (33% de la muestra evaluada), probando los alimentos, respetando las normas, terminan por presión del grupo de pares rechazando los alimentos y las normas. Nos planteamos nuevamente introducir cambios, y surge un nuevo protocolo.

Protocolo D.

- Se divide el grupo de pacientes en aquellos que pueden comer solos (autónomos) y los que requieren comer con un terapeuta (no autónomo). Mesas de pacientes autónomos y mesas de pacientes no autónomos y terapeutas. Aparece el término de autonomía en la comida que define la condición de cierto autocontrol para realizar la actividad independientemente.

El tiempo que se mantuvo el protocolo D fue proporcional al aumento de rechazo de los adolescentes a obtener la autonomía. A veces observábamos que el paciente se sentía más a gusto con terapeutas que con sus compañeros, surgían comentarios de los adolescentes como “si tú no estas no hablamos”, despreciando a compañeros autónomos: “yo con esos no me pongo”, etc.

Desde la situación de dependencia (necesidad manifiesta de presencia física de los terapeutas) que se había generado en el comedor se origina un nuevo protocolo:

Protocolo E, comedor estudiantil de adolescentes.

- Sistema de autoservicio mediante bandejas.
- Nombramiento de un paciente como coordinador (rol rotativo) del comedor que se encarga de servir la comida en los platos.

- Una sola mesa con espacios fijos reservados para los terapeutas.
- Cada adolescente se hace responsable de recoger su bandeja.
- Organizar dos grupos pequeños (no más de 10 pacientes) ya que los pacientes se desplazan por la sala (de amplitud reducida) y utilizan elementos potencialmente peligrosos
- Un grupo reducido disminuye el clima de tensión que implica la última actividad del día y el enfrentamiento al gran grupo.
- Cada grupo realiza la actividad en días alternos, dado que los recursos del centro impiden realizar la actividad en grupos paralelos. Un grupo M – J y el otro L- X.

El protocolo E fue aprobado en reunión de equipo y puesto en práctica dos días. Al tercer día por órdenes de estamentos superiores, se suspende, porque no cumple con la estructura organizativa. Reaccionamos con dificultad dado el estupor que provoca en el equipo esta medida y retomamos la organización de la actividad siguiendo el protocolo B, primer protocolo puesto en funcionamiento (terapeuta por un lado, paciente por otro en el mismo comedor).

El primer día que se retoma el protocolo B, se genera un ambiente de alta expresión emocional en la actividad, y al finalizar la misma, y con ella la asistencia al hospital, surge en la puerta una grave agresión física entre pacientes y familiares.

Tras este incidente, en reunión de equipo se decide volver al protocolo D (autónomo-no autónomo), y continuamos perpetuando en los pacientes situaciones de dependencia y rechazo /desprecio al par que logró la autonomía.

"Llegando en esta forma al segundo peldaño, basta repetir alternadamente los movimientos hasta encontrarse con el final de la escalera. Se sale de ella fácilmente, con un ligero golpe de talón que la fija en su sitio, del que no se moverá hasta el momento del descenso."

Trascurridos dos años desde este último cambio y sosteniendo las mismas dificultades descritas en la aplicación del protocolo D nos surge la siguiente reflexión: si los adolescentes en el recreo se relacionan adecuadamente, se agrupan de forma espontánea, y juegan según sus intereses y capacidades y nosotros los contemplamos respetando a cada uno, y los cuidamos sin interferir a menos que ocurra algo clínico o comportamental perturbador: ¿Por qué no tenemos la misma expectativa y tolerancia hacia las capacidades de los pacientes y no les permitimos que coman entre pares en tanto respeten unas normas generales?

Tras un largo recorrido por el abecedario, alcanzamos el protocolo F (¿Tal vez nos indique el final o lo fenomenal?).

Protocolo F

-Se establecen mesas donde los pacientes comen sin terapeutas, a excepción de aquellos con trastornos de alimentación, que presenten una descompensación clínica o que se estén incorporando al centro y no conozcan las normas, que comen en mesas acompañados de terapeutas.

-Se exige que como en cualquier actividad del hospital, que aquel paciente que altera gravemente la actividad, es excluido en el momento y al día siguiente valorado en el equipo se determinan unas líneas a seguir en cada caso. En aquellas faltas por problemas

conductuales no se contempla el volver a comer con terapeutas.

-Se define un terapeuta coordinador de la actividad que establece la composición de las mesas.

Los resultados del protocolo F son positivos: se recrea el ambiente y la interacción del recreo. Espontaneidad, comunicación, relaciones adecuadas. Este protocolo se mantiene en la actualidad.

En estos años de experiencia nos surgen muchas preguntas:

A lo largo de estos protocolos los terapeutas que intervienen en la actividad (todo el equipo) reinterpretan las normas establecidas, a veces trasgrediéndolas, a veces creándolas, sin el consenso del equipo.

¿Se manifiestan los problemas de equipo e interfieren en la planificación del comedor como medio terapéutico? ¿Por qué los terapeutas transgreden las normas?: Mala información, desacuerdo no manifiesto, distracción, desvalorización de la actividad... ¿Por qué se transgreden las normas especialmente con los pacientes con trastornos de conducta?

¿Se establecen juegos de poder entre los terapeutas que intervienen? ¿Soy más bueno que otro y te permito hacer? ¿Cómo queda el terapeuta normativo ante el equipo y ante los pacientes?

¿Influye el significado que tiene la comida en la dificultad de abordarla como medio de intervención?

¿Qué creencias tenemos los profesionales para sostener con nuestros actos que la presencia de los terapeutas es más beneficiosa para un adolescente que la del grupo de pares?

Conclusiones

Observamos que cada cambio de protocolo fue motivado por el fracaso del anterior en relación a mantener un clima grupal de convivencia normalizado o favorecer la autonomía.

Los cambios entre los distintos protocolos se han centrado en variar nuestro lugar y nuestra actitud como terapeutas en el comedor, valorando las necesidades de los pacientes.

Las dificultades de comportamiento disruptivo no mejoran aumentando la presencia de los terapeutas, sino al responsabilizar al adolescente demandándole su autocontrol al realizar la actividad

El acercamiento al logro de los objetivos planteados sólo es posible si se mantienen de forma estricta las normas establecidas.

Cuanto más miembros del equipo coordinan el comedor, mayores son las dificultades para manejar dicha actividad y resolver los problemas que surgen. Aunque las funciones de todos los miembros del equipo son las mismas en la actividad de la comida, es necesario tener una figura que coordine la intervención de todos.

Aún sin responder todas las preguntas planteadas en esta reflexión, hemos podido adaptar la actividad a los cambios en los grupos de pacientes y a los distintos momentos del equipo de profesionales que intervenimos en ella, buscando el mejor funcionamiento posible a través de los diferentes protocolos.

Tanto “Subir una escalera” como “comer con otros” son comportamientos que se adquieren en los primeros años de vida, llegando a convertirse en acciones a las que casi no prestamos atención. Definir unas instrucciones para realizarlos es un desafío de gran complejidad. Nuestra admiración a Julio Cortazar.