

**PERSPECTIVA HISTORICA DEL DEPARTAMENTO DE
LABORTERAPIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE
BERMEO DESDE EL AÑO 1969 HASTA LA ACTUALIDAD.
PROGRAMA DE TRABAJO ACTUAL**

Realizado por:

MARIAN ZUBIA (psicólogo)
MANOLI BADIOLA (Monitor)
ITZIAR BILBAO “
JULEN URQUIDI “
FEMARI APRAIZ “
ARANTZA MEÑACA “
ITZIAR MUJICA “
JULITA CALVO “
ELISA ARTETA “
J. R. GALDONA “
AMAIA URDANETA “

INTRODUCCION

La Terapia Ocupacional empezó a desarrollarse durante la 1ª Guerra Mundial (1914-1918), progresó muy rápidamente pero su aplicación como tratamiento específico se aceptó a partir de 1918, hasta que después de la 2ª Guerra Mundial es cuando verdaderamente se cristaliza como método de tratamiento previamente prescrito.

A partir de estos momentos numerosos hospitales de todo el mundo van introduciendo esta nueva técnica, promoviendo experiencias diferentes, hasta encontrarnos la situación de nuestros días. Entre estos hospitales mencionamos, como no, el protagonista de estas Jornadas y contenido de esta ponencia; el HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BERMEO.

Nuestra historia de trabajo con talleres comienza en el año 1969. Entonces el Hospital contaba ya con una sección específica de LABORTERAPIA, no organizada pero sí con intenciones de planificación futura.

DESCRIPCION HISTORICA DEL MONITOR Y SU TRABAJO

Anterior al año 1969 la sección de Terapia Ocupacional venía ejerciendo su labor de una forma inicial, con una terapeuta y 2 monitores, ocupando a un cierto número de enfermos.

En base a un programa que ya se había confeccionado y teniendo en cuenta la importancia que tenía para la recuperación y rehabilitación del enfermo mental y el poner en marcha de forma más eficiente la sección de Laborterapia, se hizo una propuesta de organizar en el Hospital el I Curso de Monitores de Terapia Ocupacional y así se obtuvo el personal idóneo y preparado para la labor directa de los enfermos en los diferentes talleres y grupos de trabajo. Comienza este curso en el mes de Abril de

1969 con una duración de 6 meses, con un programa teórico adecuado a su propia actividad y con un contenido práctico en los talleres para el aprendizaje de las diversas técnicas de Terapia Ocupacional, tanto en enfermos crónicos como en enfermos agudos.

De este alumnado, fueron contratados 6 personas y se completó el personal propio de esta sección, de tal manera que se organizó la documentación de esta sección, fichas de trabajo, historiales clínicos y laborterápicos, estudio económico de los trabajos, cierta organización de ventas, etc.....

Dentro de esta organización el grupo de monitores se convierte en:

1 Terapeuta Ocupacional

8 Monitores de T.O.

y con una estructura de:

1. Laborterapia Intrasanatorial de mantenimiento (limpieza...) 135 pacientes

2. Terapia Industrial intrasanatorial 70 pacientes

3. Terapia Ocupacional artística 40 pacientes

4. Terapia Industrial extrasanatorial 15 pacientes

en la que participaban un 50% de los enfermos hospitalizados.

Posteriormente las actividades están fundamentalmente orientadas hacia el trabajo con grupos de relación, socialización y remotivación por cuanto con este tipo de enfermos mentales crónicos se considera que las actividades de tipo grupal son muy aconsejables y las deficiencias del personal pueden ser suplidas en buena medida mediante estas técnicas de grupo y trabajo en equipo, permitiendo un contacto directo con los enfermos, reunirse los propios enfermos, comentar problemas del Hospital, y perseguir objetivos de resocialización.

También se inaugura el Taller de Carpintería y hay ciertos pacientes que lo utilizan como taller protegido no estando ingresados en nuestro hospital.

Durante estos años existe un pago a los pacientes, valorándoles en diferentes categorías laborales, bajo el factor estimulante permitiendo una progresiva desvinculación del Centro a los pacientes crónicos (vivir en pensiones fuera del Hospital e ir a trabajar a sus diferentes ocupaciones).

Las categorías laborales llegaron a ser:

Peón de 3ª ----- 1 pta/hora
Peón de 2ª ----- 1'50 ptas/hora
Peón de 1ª ----- 2 ptas/hora

Oficial de 3ª ----- 3 ptas/hora
Oficial de 2ª ----- 10 ptas/hora
Oficial de 1ª ----- 20 ptas/hora

Maestro de Taller ----- 20 ptas/hora

Igualmente ha existido siempre una Evaluación del efecto terapéutico, fundamentalmente por cuanto a rendimiento y sociabilidad se refiere. El rendimiento fue de acuerdo a la siguiente escala:

Grado 0: El enfermo es incapaz de reaccionar a ningún estímulo ocupacional.

Grado 1: Responde al estímulo pero no es capaz ni siquiera de imitación.

Grado 2: Responde al estímulo pero no es capaz de trabajar solo, necesitando ayuda constantemente por el monitor.

Grado 3: Responde al estímulo y realiza el trabajo bien pero de manera rutinaria sin iniciativa de ninguna clase.

Grado 4: Responde al estímulo, trabaja normalmente y tiene iniciativa.

La Sociabilidad comprende otros cinco grados:

Grado A: Aislamiento, autismo, no habla con nadie.

Grado B: Se comunica verbalmente sólo con la monitora.

Grado C: Se comunica con la terapeuta y algún enfermo aislado.

Grado D: Se comunica con todos (terapeuta y demás enfermos) pero de una forma superficial.

Grado E: Establecen relaciones con todos los componentes del taller y es capaz de hacer sugerencias, cambios, etc...

En esta época había 6 enfermos en régimen del HOSPITAL DE DIA pagándose con sus salarios la pensión en la comunidad y utilizando los lugares de trabajo a modo de Talleres Protegidos.

Es durante los años 1971 - 1973 cuando la organización asistencial se mantiene por Departamentos y en 1974 el Departamento de CRONICOS y

LABORTERAPIA que hasta entonces eran diferentes se unifican y pasan a denominarse DPTO. de REHABILITACION, quedando en 1974 con los siguientes 6 Departamentos:

- 1) Dpto. de Geriatría
- 2) Dpto. de Niños
- 3) Dpto. de Finales
- 4) Dpto. de Alcoholismo
- 5) Dpto. de Agudos
- 6) Dpto. de Rehabilitación

Ya en estos años, el Hospital es un centro Docente y anualmente se forman varios Médicos Residentes.

Igualmente se contratan a 7 monitores nuevos y de esta forma llegan a ser 15 que se separan para realizar su trabajo en los distintos departamentos anteriormente citados.

La población en 1973 era de 437 enfermos y en 1974 disminuye 35 enfermos quedándose en una población de 402, aunque la población real era 348 ingresados y 54 en régimen de Hospital de Día.

También es importante mencionar como en 1974 el Departamento de Agudos que era independiente tenía 2 secciones de Terapia Ocupacional: una artística de dibujo, pintura, pirograbado y modelado y otra artesana de cestería y trabajos en madera; el Departamento de Alcoholismo igualmente poseía un monitor llevando a cabo tareas de talla de madera (cartonajes); el Departamento de Geriatría incluía 2 monitores que trabajaban con cosas apropiadas al grado específico de involución del enfermo; el Departamento de Finales de igual manera con monitores apropiados para ello y finalmente el Departamento de Rehabilitación fruto de la unificación del de Crónicos con Laborterapia, también poseía sus monitores.

Todos estos monitores de los Departamentos están incluidos en un nuevo Departamento que es el de Laborterapia.

Este departamento en 1975 se encuentra en una situación de estancamiento a nivel de sus medios de rehabilitación que sólo podía ser roto mediante la creación de Talleres Protegidos. En este año ya se mandó un informe sobre el proyecto de fundación de un Hogar-Taller Protegido a la Excma. Diputación de Vizcaya. En él se explicaban las razones que nos movieron y los beneficios que se obtendrían en la rehabilitación de nuestros enfermos crónicos.

Un año más tarde en 1976 se continua en el viejo proyecto de conseguir un Taller Protegido, a ser posible fuera de Bermeo. Al mismo tiempo se intenta sacar a la calle en Bermeo, nuestro actual taller de carpintería con el fin de convertirlo en protegido y dar trabajo a numerosos pacientes que, estando de alta formal, o vienen a trabajar al Hospital o están sin hacer nada, con el consiguiente aumento de probabilidades de reingreso y, teniendo en cuenta que dicho taller, en su función intra hospitalaria no es rentable desde el punto de vista terapéutico por la alta especialización del mismo y el bajo nivel de los pacientes crónicos que quedan ingresados. Este proyecto fracasó porque el Ayuntamiento no concedió el permiso basándose en la supuesta peligrosidad de los pacientes. Para los supuestamente "normales".

Esta actitud contrastó con la afluencia masiva de gente del pueblo cuando había fiesta en el hospital.

Hubo otro intento fallido de instalar extrahospitalariamente el hogar-taller-protegido mencionado anteriormente, al surgir una casa de dos plantas en el barrio de Ocharcoaga, con cabida para 15 pacientes más otros tantos en régimen de Hospital de Día. Este proyecto no se llevó a cabo al parecer por motivos económicos.

Ante esta frustración se continuó trabajando en el proyecto se pudo conseguir que una empresa (Sr. Gangoiti), diese ocupación en su fábrica a un grupo de pacientes entre 10 y 15 en régimen de taller protegido o similar. De esta situación y ante la cesión por parte de la empresa de un local de trabajo nació el Taller de Munguía (28 de Febrero de 1977) uno de los más viejos e importantes proyectos de este Hospital.

Otro proyecto que no llegó a llevarse a cabo durante el año 1976 fue la creación de una Comunidad Terapéutica dentro de las dependencias del Hospital. Dicha comunidad estaría compuesta por un número reducido de pacientes y con un funcionamiento en régimen de autogestión a todos los niveles. De nuevo este ambicioso proyecto no se pudo llevar a cabo.

En 1978 el Hospital Psiquiátrico de Bermeo se convierte en un Hospital exclusivamente de enfermos crónicos, sin la posibilidad de admitir nuevos ingresos. Fue el año más conflictivo

debido a los problemas de personal y al deterioro que sufría las dependencias del propio hospital.

Con datos de interés en el que se reestructura el Hospital clasificando a los pacientes en 3 niveles rehabilitables a corto medio y largo plazo.

Rehab. a Medio Plazo Monitores de T.O. correspondientes a los talleres de carpintería artística, cestos, dibujo, modelado y pintura, carpintería industrial, barras y cartones. (29 paci.)

Rehab. a Largo Plazo 128 enfermos(débiles mentales y

Esquizofrénicos) Mayoría trabajan en talleres y sobre todo en labores de mantenimiento. El objetivo se centra en la estimulación de los aspectos más deteriorados y conseguir unas condiciones de vida más adecuadas.

. Alfombra

- . Cartones I
- . Cartones II
- . Cartones III
- . Cestos
- . Bancos de Cuerda

Cada monitor es responsable de un taller en el que trabaja un nº de enfermos entre 10-12.

Su situación es la de ocuparse de marcha del taller y asistencia de los enfermos en el horario de trabajo que es de 9 a 12 1/2 y de 3 a 6 1/2.

Rehab. a Corto Plazo Pacientes jóvenes de menos de 40 años en

los que destacó bien la actividad psicótica y marcado hospitalismo.

27 enfermos, + 28 de Hospital de Día + 18 de alta en el pueblo + 14 en el Taller de Munguía y los que residían en el Hogar a medio camino de Ocharcoaga.

2 Monitores de carpintería + 3 Monitores T.O.

5 Talleres directamente relacionados con el departamento y en los que también trabajan pacientes de otros Departamentos.

Es destacable la insuficiente dotación tanto de material como de terapia y en remuneración económica para los pacientes, y falta de condiciones de habitabilidad de dichos locales.

El Hecho que en 1978 haya sido cerrado el Hospital, utilizándose sus locales para proporcionar un alojamiento más digno a otros pacientes ingresados en el Hospital marcó la pauta de la evolución de Bermeo en 1979 y los sucesivos años hasta la actualidad. El Hospital quedó convertido en un centro exclusivamente de crónicos, donde sólo se recibían algunos reingresos de pacientes de larga evolución, estando prácticamente todas las camas ocupadas por pacientes con estancias medias muy superiores al año.

Por otra parte, sí el cierre de la unidad de Agudos pudo considerarse en alguna época como una medida de presión para hacer que la Corporación invirtiese fondos en la mejora del habitat no hay duda de que los resultados fueron muy escasos: no se llegó a definir explícitamente si Bermeo sería o no derribado, que ocurriría con los enfermos ingresados aquí, cual sería el futuro de los trabajadores del centro.

Aparecieron en la prensa informaciones contradictorias sobre el inmediato derribo del centro o su remodelación y mientras tanto el Hospital continuaba deteriorándose y aumentaba el desencanto del personal: la plantilla médica se vio reducida por tres traslados a Zamudio y alguna excedencia, hasta quedar solo dos especialistas de los seis con que contaba el centro, no se cubrieron vacantes en ningún estamento; en el aspecto físico; sólo se hizo un pabellón prefabricado tras innumerables denuncias en la prensa; y la adquisición de materiales de lencería, sábanas, toallas, ropa, etc... se realizó bajo amenaza de manifestaciones en Bilbao. En definitiva, la situación en 1980 fue una continuación de la existente desde 1978. A lo largo de 1980 se abordaron algunas cuestiones importantes en cuanto a organización interna del centro, que no se pudo estructurar de forma definitiva por faltar un Reglamento de Régimen Interior.

La función hospitalaria a partir de esta situación era puramente ASILAR aunque aún existía cierta actividad extrahospitalaria llevada a cabo desde el Departamento de LABORTERAPIA como era:

1. El taller protegido de Munguía, asistido por un Monitor. Eran 12 pacientes que vivían en pensiones de Munguía pagadas con su propio salario y acudiendo al taller en horario de 8 a 15 horas.
2. Existió un proyecto de instalación de un "caserío experimental para Rehabilitación de psicóticos crónicos" en un edificio cedido temporalmente en Baquio, pero este proyecto quedó en proyecto, por considerarlo excesivamente costoso y de dudosa rentabilidad asistencial.

Durante este año 1980 el departamento de Laborterapia llegó a un acuerdo con el equipo docente de Zamudio para realizar un curso en ambos sitios de psicomotricidad, cerámica y otros.

Durante 1981 parece que se corrigieron deficiencias internas heredadas de épocas anteriores, pero existía un problema grave que era que la mayor parte de la actividad docente de los centros psiquiátricos se centralizó en el H. P. de Zamudio. Esto supuso además de la situación que teníamos una discriminación del personal por cuanto que los trabajadores de Bermeo tuvieron menos facilidades para acudir a estas actividades y por tanto menores posibilidades de formación.

La actividad del Hospital a lo largo de 1982 vino marcado fundamentalmente por la reanudación de su actividad hospitalaria al volver a abrirse a pacientes agudos, tras el largo paréntesis que se inició en 1978. Tras diversas obras de acondicionamiento y ampliación de la plantilla técnica en Febrero de 1982 se pudo inaugurar una unidad de 14 camas para pacientes agudos que con su dinamismo supuso un cambio radical en el funcionamiento global del Centro.

Por otra parte la situación del Centro experimentó muy pocas modificaciones de las que tenía durante los años anteriores, y en concreto el Departamento de Laborterapia mantenía su taller en Munguía y sus talleres en el hospital pero con un trabajo sin dirección objetivos y planificación.

Desde 1982 hasta nuestros días no podemos relatar descriptivamente como han sucedido los años, por ausencia de memorias y otros documentos que lo acrediten, pero si desde nuestro trabajo y talleres podemos señalar que el Cerrar el Hospital en 1978, cuando hasta entonces nuestro departamento tuvo su gran auge y notables éxitos de rehabilitación y inserción de pacientes que permanecían durante muchos años dentro de este hospital, supuso una caída en picado y gran deterioro del trabajo que se venía realizando.

ESQUEMA EN LA ACTUALIDAD

ACTUALIDAD

Actualmente en 1992 nos encontramos con que el Hospital cuenta con un nº elevado de enfermos mentales, aproximadamente unos 240, la mayoría de ellos con un DIAGNOSTICO de Esquizofrenia Residual, sin olvidar que también hay un gran número de Retrasos Mentales, trastornos por consumo de alcohol, epilépticos, psicopatías, etc.... pero todos ellos con las características siguientes:

- Gran deterioro psico-físico
- Bajo nivel de integración comunitaria
- Actitud de indiferencia frente a la salida del Hospital
- Dependencia y sumisión a la institución.
- Escasa cobertura socio-familiar
- Una estancia Media en el Hospital de 25 años aproximadamente.

En un hospital de Media y Larga Estancia con un funcionamiento diario característico y similar al de una Residencia.

Como se ha visto en la descripción anterior el Departamento de laborterapia y T.O. ha trabajado con talleres de trabajo bien diferenciados y personal propio para ellos, pero tras unos años de impasividad es ahora cuando decide reorientar su funcionamiento y actividades hacia tres puntos importantes:

- La T.O. como método de rehabilitación y estímulo para luchar contra el aislamiento, apatía e institucionalismo.
- El Tiempo Libre fomentando actividades recreativas y lúdicas.
- Reconsideración del paciente como individuo.

En este sentido, pensamos que este departamento dejaría de designarse como hasta ahora se ha denominado, es decir Dpto. de LABORTERAPIA porque si antes se adaptaba el Paciente a las

exigencias del trabajo, ahora la pretensión será la adaptación de la actividad a las necesidades del paciente.

A partir de esto lo denominamos exclusivamente DPTO. de Terapia ocupacional.

Nº Y UBICACION DE TALLERES

Los talleres son tantos como Departamentos existen puesto que cada Departamento posee su taller independiente.

En cuanto a su ubicación siguen estando en el mismo sitio que han estado anteriormente al lado del Club-Cafetería y en frente del Patio grande del Hospital.

MONITOR REFERENTE

Al mismo tiempo que se da un cambio de nombre al Departamento también se modifica la idea del Monitor.

Anteriormente y durante muchos años el Monitor siempre estuvo como una figura amplia y que acogía a todos los pacientes del Hospital. Pues bien, ahora se determina y concretiza más haciéndola ser Monitor Referente, es decir dependiente y referente de un departamento, asumiendo pacientes del mismo e incluyéndose como personal propio y exclusivo de ese Departamento, al igual que el Médico Psiquiatra, 1 psicólogo, AS., ATS. y auxiliares.

OBJETIVOS

Ya desde 1939 Myerson propugnaba que la T.O. servía para combatir la regresión y el deterioro característico de los esquizofrénicos crónicos que según él era mayormente consecuencia de la organización de la institución y de la vida institucional. Por la tanto es evidente que el aislamiento y la ociosidad estarían a favor de un agravamiento de la enfermedad mental.

Posteriormente Linn en 1955 deja claro que la T.O. era una forma de ocupar el tiempo del paciente, eliminando su tedio y viendo que la perturbación psiquiátrica se debía buscar en la incapacidad del paciente para relacionarse con otras personas, en el ámbito familiar, laboral en el juego y en la comunidad.

Actualmente nosotros establecemos unos objetivos principales que dividimos entre: dirigirlos al grupo y dirigirlos al individuo.

PERSONALES

- * Combatir el tedio y monotonía propio de un internamiento.
- * Fomentar la autoestima, autonomía y motivación personal.
- * Hacer aflorar posibles habilidades y capacidades no descubiertas por el paciente y su posterior desarrollo fuera de la institución.
- * Ofrecer una vía de expresión de conflictos emociones y sentimientos alternativos a la entrevista clínica.
- * Proporcionar un ambiente de distensión y relajamiento ya que los medios utilizados son en gran parte lúdicos.
- * Buscar un medio de comunicación no verbal y alternativo a aquellos cuya utilización del lenguaje está disminuida.

GRUPALES

- * El objetivo principal sería la socialización.
- * Crear el sentimiento de pertenencia a un grupo.
- * Incrementar la cooperación e implicación en una actividad grupal.
- * Relacionarse con los demás en un grupo experimentando el efecto que produce una mismo en los demás y viceversa.

ACTIVIDADES

En los talleres tradicionales la actividad era obligatoria mecánica, rutinaria, ellos no la habían elegido y por tanto no les motivaba.

Se ofrecía el trabajo como terapia y la actividad en sí no era muy importante para ellos.

Actualmente las actividades pretenden ser fundamentalmente terapéuticas, programadas para cada individuo, teniendo en cuenta la opinión, haciendo planes juntos y decidiéndolos entre todos.

TERAPIA RECREATIVA:

- . Cine
- . Televisión
- . Música
- . Excursiones

LUDOTERAPIA:

- . Juegos de Cartas
- . Juegos de Dominó
- . Juegos de Parchís
- . Juegos de Oca y otros
- . Juegos de Rana
- . Juegos de Ping-Pong

TERAPIA OCUPACIONAL:

- Construcción de objetos de decoración (ceniceros, floreros, lámparas, etc...)
- Confección elemental de alfombras.
- Papelería

- Costura
- Actividades artísticas (dibujo, pinturas, barro,...)

TERAPIA INDUSTRIAL:

- . Carpintería
- . Sillas

CONCLUSION

Laborterapia ha significado la rehabilitación por el trabajo. Para ello, han existido talleres especializados en los que se ha procurado dar un ritmo de trabajo de carácter industrial y en los que la productividad económica tenía importancia.

Se ha pretendido que los pacientes desarrollen un hábito de trabajo, con las consecuencias que ello conlleva de estímulo de la atención, cumplimiento de horario, recepción de un salario etc.... de tal modo que dichos talleres han sido la antesala de la reincorporación del paciente a la sociedad.

Se ha intentado que los pacientes se ubiquen en la sociedad es decir, tener una conciencia de su realidad particular y como grupo y del lugar en el que puede y debe estar.

Para ello se ha partido de un premio: no se le ha ocultado nunca al paciente su situación y de la que debía salir con su esfuerzo y nuestra ayuda.

Después de tantos años de las diferentes corrientes, opiniones y planes de trabajo, creemos que se debe recalcar la enorme importancia de las distintas terapias y tratamientos llevados a cabo, pero dejar claro que el arma terapéutica de la T.O. ha sido en nuestra opinión sino la mejor una de las vías que más han potenciado el poder exteriorizar a los pacientes que están en el medio comunitario, es decir en la calle.

BIBLIOGRAFIA

- Memorias Anuales del Centro (incompletas)

* Es importante señalar que es una pena la gran cantidad de documentos que se hicieron durante estos años y que hoy, por los motivos que sean no existen porque de ser así se hubiera comprobado el trabajo profesional y éxito de los talleres del Departamento de Terapia Ocupacional del Hospital Psiquiátrico de Bermeo.